Nr. 4. 25. stycznia 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Dr. M. WILENKO. Chełm.

Ostra martwica trzustki[1]).

Choroby trzustki — narządu tak ważnego dla ustroju ze względu na swe wewnętrzne i zewnętrzne wydzielanie były do niedawna rozpoznawczo zaniedbywane w porównaniu z chorobami innych narządów jamy brzusznej np. wątroby i śledziony; lekarze wogóle, a zwłaszcza lekarz praktyk rzadko myślał o tych chorobach i dlatego też rzadko wciągał choroby trzustki w zakres rozpoznania różniczkowego, o ile chodziło o proces choroby chroniczny lub ostry toczący się w nadbrzuszu. W ostatnich latach stosunki pod tym względem o tyle się zmieniły, że rozpoznanie chorób trzustki stało się częstszem i pewniejszem. Złożyły się na to rozmaite przyczyny.

Poznanie zachowania się specyficznych zaczynów trzustkowych w stolcu, dwunastnicy, krwi i moczu, jakoteż hormonu trzustkowego w krwi i w moczu, pośrednio lub bezpośrednio w toku schorzeń trzustki doprowadziło do wykrycia całego szeregu prób czynnościowych, które wzbogaciły nasz arsenał rozpoznawczy mniej w ostrych, a przedewszystkiem w przewlekłych cierpieniach tego narządu. Po drugie zwracamy obecnie częściej uwagę na choroby trzustki zwłaszcza od czasu, kiedy poznano ścisły związek anatomo-fizjologiczny zachodzący między systemem żółciowo-wątrobowym, a trzustką i kiedy częściej zaczęto operować różne stany zapalne w górnej jamie brzusznej, odkrywając przytem zmiany chorobowe w trzustce. Wreszcie względnie częstsze spostrzeganie chorób trzustki przyczynia się do rozbudowy symptomatologji chorób trzustki i zaznajomienia ogółu lekarskiego z obrazem klinicznym różnych chorób tego narządu.

Niemniej — jak statystyka rozpoznawcza poucza — choroby trzustki są wogóle rzadko rozpoznawane, tembardziej ostre cierpienia, do których należy ostre schorzenie trzustki znane pod ustaloną już obecnie nazwą ostrej martwicy trzustki. Wśród ostrych chorób trzustki jej się pierwsze miejsce należy zarówno ze względów teoretycznych jak i praktycznych, gdyż przy każdej ostrej chorobie jamy brzusznej musi ona być uwzględniona przy rozpoznawaniu różniczkowem. Ostra martwica trzustki odgrywa bowiem klinicznie o wiele ważniejszą rolę, niż się przypuszcza; nie ulega też wątpliwości, że liczba rozpoznanych przypadków tej rzadkiej choroby będzie w tym stopniu wzrastać, w jakim rozpowszechni się znajomość tego cierpienia wśród wszystkich lekarzy, a może w pierwszym rzędzie wśród lekarzy praktyków, jak tego dowodzą dane statystyczne ogłoszone przez Guleckego i Schmiedena. Podczas gdy Gulecke w r. 1924 za okres czasu od r. 1910—1924 zebrał z 36 klinik i szpitali 437 przypadków, to Schmieden za okres ośmioletni od r. 1919—1927 zestawił ze 100 klinik i szpitali 2137 przypadków czyli prawie podwójną liczbę. Przypisać to należy nie częstszemu występywaniu tej choroby — zbyt obfite pożywienie wywołuje bowiem niekiedy ostrą martwicę trzustki, o ile istnieją ku temu inne warunki — lecz lepszym metodom rozpoznawczym.

Przez ostrą martwicę trzustki, której obraz kliniczny opisał, zdaje się, po raz pierwszy Johann Georg Greissel w r. 1672 rozumie się ostrą chorobę trzustki nagle powstającą i ostro przebiegającą, której cechami anatomo-patologicznemi są a) martwica trzustki połączona niekiedy z wybroczynami krwawemi do tkanki trzustkowej i do sąsiednich tkanek, b) martwica tłuszczowa tkanki tłuszczowej jamy brzusznej i narządów w niej się znajdujących, w rzadkich wypadkach tkanki tłuszczowej jamy opłucnowej, osierdzia a nawet skóry przy równoczesnym jałowym wysięku surowiczo-krwawym w jamie brzusznej. Choroba ta nie jest procesem zapalnym na tle zakażenia drobnoustrojowego, jak to dawniej przypuszczano, lecz jest zatruciem substancjami niedającemi się chemicznie dokładnie określić powstałemi z działania soku trzustkowego aktywowanego już w samej trzustce na własny miąższ trzustkowy. Powstaje ona tedy z działania na niewłaściwem miejscu aktywowanego soku trzustkowego, dotychczas jednak nie została ustalona — mimo licznych prac na tem polu — jednolita przyczyna patogenetyczna, która powoduje owe aktywowanie soku trzustkowego. Ze względu na rzadkość samego cierpienia, trudności rozpoznawcze i ciekawy przebieg pozwolę sobie opisać własny spostrzegany przypadek.

Kobieta l. 29 zamężna, żona lekarza, badana przezemnie po raz pierwszy dn. 10 V. 1930. Wywiady rodzinne: rodzice zdrowi; z rodzeństwa jedna siotra zmarła na gruźlicę gardła, druga cierpi na wrzód okrągły żołądka. Wywiady osobiste: w 10-tym roku operowana z powodu torbieli jajnikowej; cierpiała często na nerwy, poza tem żadnych chorób przed obecną nie przechodziła, specjalnie nigdy nie cierpiała na dolegliwości brzuszne. Rodziła 28 IV. 1930 po raz pierwszy, poród normalny. W ostatnich miesiącach ciąży począwszy od 7-go dostawała napadów kolki w nadbrzuszu, bóle były tak silne, że — jak chora podała — wiła się z bólów.

Te gwałtowne bóle wychodziły z linji środkowej ciała i promieniowały z początku ku stronie prawej aż do prawej łopatki, później w ostatnich tygodniach ciąży zaczęły promieniować obustronnie ku obu łopatkom a więc również ku stronie lewej. Napady te występywały przed porodem co kilkanaście dni; trwały kilka do kilkunastu godzin poczem chora wstawała i oddawała się swym zwykłym codziennym zajęciom. Podwyższenia ciepłoty, wymiotów, zaburzeń w wypróżnieniu i oddawaniu moczu nie stwierdzono. Również żółtaczki ani sama chora, ani otoczenie chorej nigdy nie zauważyło. Od porodu (28 IV.) do 7 V. 1930 chora nie miała żadnych ataków ani dolegliwości i czuła się dobrze.

W dniu tym znowu atak podobny do ataków uprzednich. 10 V. chora zgłosiła się do mnie. Poza bolesnością uciskową okolicy wątroby żadnych przedmiotowych zmian nie stwierdziłem. Rozpoznałem kamicę żółciową, przyczem już wówczas wyraziłem wobec męża przypuszczenie, że ze względu na wybitne i stałe promieniowanie bólu ku stronie lewej aż do lewej łopatki prawdopodobnie trzustka jest równocześnie chorobą dotknięta. Od tego dnia aż do 2 VI. 30. t. j. do dnia rozpoczęcia obecnej choroby chorej nie widziałem. Chora podaje, że w międzyczasie nasilenie czasowe ataków zwiększyło się; chora miewała prawie codziennie ataki bólów o wyżej wspomnianych cechach. 2 VI. wieczorem dostała chora tak gwałtownych bólów wewnętrznych, jakich jeszcze dotychczas nie miała, które promieniowały obustronnie ku obu łopatkom, nawet więcej ku stronie lewej, przyczem po raz pierwszy wystąpiły wymioty. Po zastosowaniu odpowiednich środków chora spędziła noc względnie spokojnie; dopiero w rannych godzinach znowu bóle środkowe, nudności, nieustające prawie wymioty, czkawka, suchość w ustach, silne pragnienie.

Badanie przedmiotowe przeprowadzone dn. 3 VI. 30. rano dało następujący wynik:

Badana robi wrażenie ciężko chorej osoby; dobrze zbudowana o tkance tłuszczowej miernie rozwiniętej. Ciepłota ciała mierzona pod pachą 36.7°, w odbytnicy 37.4°. Ze strony nerwów mózgowych żadnych zmian nie stwierdza się, chora przytomna prawie co kilka minut wymiotuje większą ilość treści o ciemno-zielonem zabarwieniu, ustawiczna, męcząca czkawka. Wargi blade bez odcienia sinicy, wzrok trwożliwy, oczy nieco podkrążone, zresztą brak objawów t. z. *facies hippocratica*. Język suchy, nieco obłożony, białkówki, skóra, jakoteż widoczne błony śluzowe nie wykazują najmniejszego odcienia żółtaczkowego. Również nie zauważono specjalnego zabarwienia niebiesko-zielonego w okolicy pępka i okolicy lędźwiowej (objaw Bruine-Grünewaldta). Badania na przeczulicę stref Heada ze względu na ciężki stan chorej nie przeprowadzono. Płuca bez zmian. Granice serca prawidłowe, tony serca głuche, tętno słabo napięte, słabo się wypełniające, rytmiczne, 120—140 uderzeń na 1'. Brzuch zwłaszcza w nadbrzuszu wzdęty, bolesność uciskowa również w całem nadbrzuszu, choć silniejsza poniżej lewego łuku żebrowego; mimo jednak silnego bólu uciskowego napięcie mięśniowe (défense musculaire) w tej okolicy dość słabe i badająca ręka może być dość głęboko wciśnięta w jamę brzuszną. Wątroba nie powiększona, nie wyczuwa się też żadnego walcowatego oporu poprzecznie położonego lub wprost ciała twardego w linji środkowej powyżej pępka lub poniżej lewego łuku żebrowego. Reszta jamy brzusznej uciskowo słabo tkliwa. W bocznych częściach jamy brzusznej wypuk stłumiony sięgający obustronnie do przedłużenia linji sutkowej; przy zmianie położenia chorej na

[1]) Wyciąg z referatu wraz z omówieniem własnego przypadku na posiedzeniach naukowych Związku Lek. P. P. Obwód Chełm w dniu 27 września i 3 października 1930.

stronę lewą wyjaśnia się wypuk po stronie prawej, a odpowiednio zwiększa stłumienie po stronie lewej; odpowiednia zmiana odgłosu wypukowego występuje przy zmianie położenia na stronę prawą. Uderzenie palcami w boczną ścianę jamy brzusznej wywołuje falowanie wyczuwalne po stronie przeciwnej (wolny płyn w jamie brzusznej). Poza tem nad brzuchem wszędzie wypuk bębenkowy. Gazy od 2 VI. wieczorem nie odchodzą, również od tego czasu nie było wypróżnienia. Ze strony narządów płciowych zmian brak. Badanie przez odbytnicę również nie wykazuje żadnych zmian. Mocz zawiera ślad białka, aceton, nieliczne szkliste wałeczki i pojedyncze ziarniste, znacznie wzmożony indykan, barwików żółciowych i cukru brak.

Kilkakrotne badanie przeprowadzone w ciągu dnia wykazuje następujące zmiany. Gazy w godzinach popołudniowych odeszły, jak również było dość obfite wypróżnienie płynne zmieszane z zabarwionemi masami kałowemi, mimo to wymioty i czkawka utrzymywały się nadal bez najmniejszej ulgi. Tętno również bez zmian. Stłumienie w bocznych partjach jamy brzusznej rośnie prawie z godziny na godzinę, bóle w nadbrzuszu, jak uprzednio. Ciepłota ciała podniosła się do 37.2 suchość w ustach i pragnienie nie ustępują; chora co kilka minut pije, by w następnych minutach wymiotować. Na podstawie przytoczonych wywiadów, badania przedmiotowego i całodziennej obserwacji postawiłem rozpoznanie ostrej martwicy trzustki o ciężkim przebiegu i doradziłem wobec tego operację, która też w nocy dn. 3 VI wykonaną została przez kol. Kożuchowskiego i Korczakowskiego w II Okręg. Szpitalu Wojsk. Zmiany stwierdzone po otwarciu jamy brzusznej były następujące. Wylewa się z niej znaczna ilość płynu surowiczo-krwawego, otrzewna lśniąca, tkanka tłuszczowa sieci, kreski wogóle całej jamy brzusznej pokryta licznemi ograniczonemi ogniskami białawo-żółtawemi wielkości główki od szpilki do wielkości soczewicy. Wybroczyn nie stwierdza się. Obmacywaniem chirurdzy nie stwierdzili zmiany konsystencji trzustki, należy jednak zaznaczyć, że nie stworzyli sobie dostępu do trzustki przez przecięcie torebki sieciowej (bursa oment.) i samej torebki trzustkowej. Chirurdzy ograniczyli zabieg operacyjny do wypuszczenia płynu i zdezynfekowania jamy brzusznej. Ani sączkowania powierzchni trzustki, ani sączkowania wnętrza narządu nie zastosowano. Badanie histologiczne wyciętych skrawków tkanki tłuszczowej z opisanemi uprzednio ogniskami przeprowadzone w Zakładzie Patologicznym w Lublinie (Dr. Morozowa) wykazało martwicę tłuszczową. Przebieg choroby był następujący (chorą przynajmniej dwa razy dziennie widziałem).

4 VI. Wymioty i czkawka mniejsze, zarówno ból w nadbrzuszu znacznie złagodniał. Ciepłota 36.8—37°, tętno 114—120 uderzeń na 1', napięcie nieco lepsze. Zastosowano dwukrotne płukanie żołądka, kroplową lewatywę z glukozy, wstrzyknięto podskórnie sól fizjologiczną, środki nasercowe, a na noc pantopon.

5 VI. Nudności w godzinach rannych ustąpiły, wymioty raz tylko w ciągu dnia: bolesności w nadbrzuszu chora nie odczuwa, tętno 108, średnio napięte, ciepłota 36,8, chora skarży się na silne pragnienie. Przy wieczornych oględzinach chora znowu skarży się na nudności, dreszcze, po których ciepłota podniosła się do 37.8° pod pachą, a 38,4° w odbytnicy. Płynu w jamie brzusznej nie stwierdza się; nadbrzusze znacznie mniej wzdęte, niż uprzednio, tkliwość uciskowa tamże mniejsza. Tętno 100, język wilgotny, nieco obłożony. Samopoczucie dobre.

6 VI. rano. Noc spędziła chora spokojnie, w ciągu nocy odeszły wiatry i nieco zabarwionego kału, skarży się na pragnienie i boleści w dolnych częściach brzucha. Tętno 114, średnio napięte, ciepłota 36.8. Włożono dren do kiszki stolcowej i wstrzyknięto podskórnie hypofysynę.

Wieczorem. Po dreszczach ciepłota podniosła się do 38,5, lekkie wzdęcie brzucha poniżej pępka. Wymiotów w ciągu całego dnia nie było, pragnienie mniejsze, tętno 110. Po stronie lewej w linji pachowej i z tyłu stwierdza się w płucach ogniska zapalne. Wstrzyknięto 20 cm³ 10% soli kuchennej wśródżylnie, zastosowano środki nasercowe podskórnie i wewnętrznie, nadto postawiono suche bańki.

7. VI. Ciepłota ranna 38.8, wieczorna 39.1°, tętno koło 114, słabo napięte. Wstrzyknięto powtórnie 20 cm³ 10% soli kuchennej wśródżylnie, transpulminę wśródmięśniowo, środki nasercowe co 2 godziny podskórnie. W ciągu dnia kilkakrotne obfite wypróżnienia. W płucach więcej rzężeń.

8. VI. W nocy zapaść, który udało się opanować licznemi zastrzykami środków nasercowych stosowanemi podskórnie i dożylnie. W ciągu dnia najwyższa ciepłota 38.4°, tętno waha się między 120—140 drobne, przerywane. W płucach rzężeń mniej. Skarży się na ból w ranie operacyjnej, wymiotów niema, czkawka rzadka, brzuch nie wzdęty, bolesność uciskowa rany operacyjnej. W ciągu następnych 2 dni (9 VI, 10 VI) zapalenie płuc ustąpiło, tętno koło 110, o lepszem napięciu, mimo to ciepłota podniosła się wśród dreszczów do 39.1°.

11. VI. Badanie krwi wykazało 20 000 leukocytów z przewagą wielojądrzastych, w moczu ślad białka, cukru brak. Płuca bez zmian. Przy zmianie opatrunku (leczenie chirurgiczne spoczywało w rękach Mira Dr. Korczakowskiego ordynatora st. oddz. chir. Szpit. Okręg.) po kichnięciu nastąpiła rozstrzeń rany operacyjnej, z której wylała się znaczna ilość cuchnącej ropy. Tętno w ciągu dnia 102—110, najwyższa ciepłota 37.8°. W ciągu następnych 4 dni ciepłota opadła do normy (36.6), tętno koło 96, dobrze napięte, samopoczucie dobre. Wydzielina ropna mniejsza; chirurg zastosował miejscowo do rany antywirus Besredki.

16. VI. Chora skarży się na ból w okolicy esicy, który promieniuje ku lewej kończynie dolnej; stwierdza się tkliwość uciskową esicy, ciepłota w ciągu dnia 37.7—38.2, tętno dobrze napięte 90. Przelewanie się w jelitach.

17 VI. Poza tępym bólem utrzymującym się stale powyżej pępka a promieniującym na lewo ku tyłowi do kręgosłupa występują jeszcze powyżej pępka w linji środkowej bóle napadowe trwające kilka chwil, które ustępują wśród przelewania się treści w jelitach; stawienia się pętli jelitowych nie stwierdza się. Bolesność w okolicy esicy znacznie mniejsza. Rana operacyjna zaczyna pokrywać się ziarniną. Ciepłota dochodzi do 38°, tętno dobrze napięte 90, język wilgotny, wypróżnienia obfite, płynne, barwy zielonkawo-brunatnej, zawierające cząstki kałowe.

18 VI. Pod wieczór krótkotrwały ból napadowy powyżej pępka promieniujący lewostronnie ku kręgosłupowi. Po zastrzyknięciu atropiny kolka przechodzi w stały tępy ból. Ciepłota 38.1°, tętno 88. W ciągu następnych 4 dni (19. VI — 22 VI.) ciepłota znowu spadła prawie do normy (37°), tętno koło 84, dobrze napięte, rytmiczne. Ból tępy między wyrostkiem mieczykowatym a pępkiem utrzymuje się bez przerwy, w nocy 21. VI. krótkotrwała kolka w nadbrzuszu, jak uprzednio, która po wstrzyknięciu atropiny ustąpiła; rana operacyjna pokryta ziarniną. Płynu wolnego w jamie brzusznej nie wykazuje się.

23. VI. Ciepłota podniosła się do 37.5. Nocy uprzedniej znowu napadowe bóle wychodzące z linji środkowej powyżej pępka, a promieniujące tym razem zarówno ku stronie lewej, jak i ku stronie prawej, lekkie nudności i wymioty, żółtaczki lub podżółtaczkowego zabarwienia skóry i białkówek brak. Zastrzyk pantoponu nie usunął napadowych bólów, płynu wolnego w jamie brzusznej nie stwierdza się, natomiast wybitna bolesność uciskowa w linji środkowej i na prawo od pępka, przytem lekkie napięcie mięśniowe.

24. VI. rano. Ciepłota 38.1°, chora skarży się na bóle brzucha rozchodzące się w różnych kierunkach, dwukrotne wymioty, tętno podskoczyło do 120, napięcie słabsze, jak uprzednio, nudności, suchość w ustach, pragnienie. Badanie krwi wykazuje: czerw. ciałek 4,390.000, białych ciałek 28,880 w tem obojętno-chłonnych 80%. O godzinie 6-tej wieczorem ciepłota podskoczyła do 40.1°, tętno 126, bóle w jamie brzusznej złagodniały, wiatry odeszły, wypróżnienia nie było.

25. VI. Najwyższa ciepłota w ciągu dnia 38.6°, tętno 132 słabo napięte, częste wymioty, suchość w ustach, od czasu do czasu czkawka, mierna bolesność uciskowa w okolicy pępka po stronie prawej, bólów napadowych od 3 dni nie było; podmiotowo chora odczuwa tylko lekki, tępy ból w linji środkowej powyżej pępka, o godz. 10. rano przebija się płynna treść z jamy brzusznej do rany operacyjnej w jej dolnym biegunie; płyn mętny, barwy ciemno-zielonej (żółć), nie cuchnący. Chirurg przez istniejący otwór wprowadził dren do jamy brzusznej.

W ciągu dnia tak obfita wydzielina, że musiano kilkakrotnie zmieniać opatrunek, wygląd treści niezmieniony.

W godzinach wieczornych: wymioty, czkawka, suchość w ustach, bębnica brzucha.

26 VI. tętno ledwie wyczuwalne, 160, zresztą stan niezmieniony.

27 VI. Przy rewizji rany stwierdza się liczne zlepy sięgające od łuku żebrowego ku dołowi — do miejsca przebicia, obejmujące wątrobę i pęcherzyk żółciowy, których powierzchnie pokryte nalotami włóknika, o godz. 11-tej exitus.

Mieliśmy w naszym przypadku niewątpliwie do czynienia z ostrą martwicą trzustki, mimo że makroskopowo nie stwierdzono widocznych zmian. Martwica tłuszczowa bowiem tak obficie stwierdzona w naszym przypadku nadaje zasadnicze piętno ostrej martwicy trzustki. Po Langerhansie, który wykazał powstanie martwicy tłuszczowej na tle zaczynowem (lipaza), Fritz wykazał jej bezwzględny związek z ostrą martwicą trzustki, dla której martwica tłuszczowa ma takie znaczenie rozpoznawcze, jak żółtaczka dla rozpoznania chorób wątroby. Nie stanowi ona sama istoty choroby, lecz jest właśnie następstwem schorzenia trzustki.

tylko w wyjątkowych wypadkach, których obraz kliniczny jednak nie stoi w żadnym związku z obrazem ostrej martwicy trzustki, stwierdzono u ludzi martwicę tłuszczową poza jamą brzuszną bez równoczesnego schorzenia trzustki. Jeśli tedy stwierdza się martwicę tłuszczową tkanki tłuszczowej jamy brzusznej, to jest to bezwzględny dowód schorzenia trzustki w postaci ostrej martwicy. Ostra martwica trzustki występuje najczęściej w wieku średnim, rzadziej w młodszym, jak w naszym przypadku, a w rzadkich wypadkach w młodym. Jak statystyka wykazuje 50% przypada na ludzi otyłych, gdyż u nich wobec skłonności do miażdżycy i większej kruchości naczyń warunki odżywcze tkanki są gorsze i odporność na wszelkie uszkodzenia zewnętrzne i wewnętrzne mniejsza. Alkoholizm, kiła niemniej usposabiają do o. m. t.[1]) prawdopodobnie na tle uprzednich czynników. Najważniejszą jednak rolę etjologiczną odgrywają przy powstaniu o. m. t. schorzenia dróg żółciowych i one stoją na czele wszystkich czynników wyzwalających o. m. t. Większe statystyki Schmiedena i Bergmanna i mniejsze innych autorów stwierdzają zgodnie, że cholecystopatje dostarczają największego kontyngentu dla o. m. t. (prawie 60%); przyczem nie musi jałowa lub zakażona żółć wpływać bezpośrednio z przewodu żółciowego do przewodu Virsunga, ale częściej przenosi się pośrednio przez naczynia chłonne otaczające przewód żółciowy i łączące się z naczyniami chłonnemi głowy trzustki. Wszyscy też autorzy z Schmiedenem i Bergmannem na czele kładą duży nacisk na moment konstytucyjny, przyjmując pewną gotowość narządową do martwicy, podobnie jak przy wrzodzie okrągłym żołądka przyjmuje się gotowość jego błony śluzowej do wrzodu. Również uprzednio przebyte operacje na narządach jamy brzusznej dysponują do o. m. t. W naszym przypadku zarówno kamica żółciowa, zespół neuropatyczny, jakoteż przebyta operacja torbieli jajnikowej stworzyły owo podłoże dla wspomnianego cierpienia.

Przechodząc do właściwego obrazu klinicznego trzeba zaznaczyć, że, niestety, charakterystycznych objawów dla o. m. t. nie posiadamy. O. m. t. przedstawia kliniczny obraz ostrej choroby brzusznej rozpoczynającej się bólami wewnętrznemi i zapadem, przypominający ostre zatrucie, przedziurawienie wrzodu żołądka lub dwunastnicy, ostrą niedrożność jelit, ostrą atonję żołądka i dwunastnicy a wreszcie zapalenie otrzewnej i w pierwszym rzędzie należy przeprowadzić rozpoznanie różniczkowe tych chorób, które — nawiasem powiedziawszy — jest wbrew odmiennemu twierdzeniu Ehrmanna i Nordmanna bardzo trudne. Według Schmiedena na 1510 przypadków jego statystyki rozpoznano cierpienie w 21%, w 17.5% wyrażono przypuszczenie, a w reszcie wypadków t. j. w 62% choroby nie rozpoznano. W naszym przypadku już wywiady same ułatwiły nam po części rozpoznanie, gdyż skierowały już w początkach naszą uwagę na schorzenie wątroby i następowe zajęcie trzustki w jakiejś bliżej nieokreślonej formie (może lekkie ataki o. m. t., które nieraz poprzedzają właściwy atak). Silne ataki kolki w nadbrzuszu, które wystąpiły po raz pierwszy w czasie ciąży, bolesność w okolicy wątroby i promieniowanie bólu ku prawej łopatce kazały nam rozpoznać kamicę żółciową. Kiedy w następnych miesiącach ból zaczął w czasie ataku promieniować również ku stronie lewej aż do lewej łopatki, wyraziłem przypuszczenie, że obok wątroby trzustka jest równocześnie zaatakowana. Podobnie bowiem jak promieniowanie prawostronne jest znamienne dla cierpień wątroby, tak promieniowanie lewostronne bólu — według zgodnej opinji internistów i chirurgów — jest znamienne dla schorzeń trzustkowych. Najprawdopodobniej były to już wtedy na tle kamicy żółciowej lekkie napady o. m. t., które mijają zwykle bez następstw i bez zabiegów a które są zapowiedzią niejako ataku głównego. Niestety, rzadko widywałem chorą i wobec tego żadnych badań pomocniczych nie przeprowadzałem. (reakcja Ehrmana, reakcja Wolgemutha, cukromocz samoistny i alimentarny, hyperglikaemje, reakcja Loewi'ego). Kiedy wystąpił gwałtowny atak z zapadem i ciągłemi wymiotami i bólami promieniującemi ku stronie lewej, nic dziwnego, że pamiętając o wywiadach pomyślałem w pierwszym rzędzie o o. m. t., a 24 godzinna obserwacja aż do zabiegu pozwoliła ustalić rozpoznanie z wielkiem prawdopodobieństwem. Za ostrą martwicą trzustki przemawiały więc wywiady, ciężki zapad przypominający ostre zatrucie, porażenie systemu naczynio-ruchowego stąd małe, źle wypełniające się, drobne tętna, promieniowanie bólu ku stronie lewej, bolesność uciskowa silniejsza raczej po stronie lewej nadbrzusza przy braku wybitnego napięcia mięśniowego, nieustające żółciowe wymioty, czkawka, pragnienie, suchość w ustach, od pierwszych chwil dający się stwierdzić wolny płyn w jamie brzusznej stale wzrastający. Przeciw przedziurawieniu wrzodu przemawiał brak subjektywnego uczucia pod postacią jakby przebicia narządu ostrem narzędziem, brak deskowatego stwardnienia w nadbrzuszu jakoteż wolny płyn w jamie brzusznej od pierwszych godzin choroby. Przeciw ostrej niedrożności przemawiały odchodzące gazy i stolec bez żadnej ulgi w wymiotach i bólach, jakoteż brak w dalszym ciągu wymiotów kałowych. Przeciw zresztą bardzo rzadkiej ostrej atonji żołądka i dwunastnicy przemawiały wywiady, wolny płyn, charakter i iradjacja bólów. Autopsja in vivo potwierdziła postawione rozpoznanie, gdyż chirurg stwierdził cechy anatomo-patologiczne o. m. t. Postawienie dobrego rozpoznania nie jest w tej chorobie problemem czysto teoretycznym, lecz ma wybitne praktyczne znaczenie. Leczenie bowiem o. m. t .polega według zgodnej prawie opinji autorów na zabiegu operacyjnym, tylko wspomniani Ehrmann i Nordmann są przeciwnikami wczesnej operacji. W bardzo lekkich przypadkach może przyjść do wyzdrowienia bez zabiegu. O ile objawy są cięższe, leczenie zachowawcze nie daje pomyślnych wyników, a tylko zabieg może uratować chorego. W cięższych przypadkach wyleczenie bez operacji następuje ledwie w 5—12%, a 88—95% kończy się śmiercią. Natomiast chirurgiczne leczenie daje do 50% wyleczenia. Jeśli więc z nieoperowanych ginie do 95%, a z operowanych tylko połowa, to zabieg w każdym przypadku, o ile on nie jest całkiem lekki, jest konieczny. Im wcześniej wykonuje się zabieg, tem lepsze są wyniki, choć nieraz mimo wczesnej operacji wynik może być zły, o ile sam wypadek przedstawia duże zmiany patologiczne i ciężki stopień zatrucia. Statystyki pouczają, że najlepsze wyniki dają operacje wykonane w pierwszych dniach, wyniki zabiegów dokonanych w drugim tygodniu są gorsze, a operacje wykonywane w późniejszych tygodniach (od 3-ego do 5-ego) przebiegają prawie z 100% śmiertelności.

We własnym przypadku musieliśmy sobie postawić następujące pytania.

1) Czy należało operować? Odpowiedź winna brzmieć twierdząco z następujących powodów: a) wypadek był od samego początku ciężki, zachowawcze więc leczenie nie rokowało pomyślnego wyniku. b) Stan ogólny stale się pogarszał, wymioty nie ustawały, płyn w jamie brzusznej — jako następstwo drażnienia otrzewnej przez sok trzustkowy — wzrastał, co świadczyło dosadnie o postępie choroby, c) czas do operacji był najodpowiedniejszy, bo zabieg mógł być dokonany w 30 godzin po rozpoczęciu choroby, d) przez wczesny zabieg można było zapobiec rozprzestrzenianiu się procesu chorobowego. Jak w historji choroby zaznaczyłem, chirurg ograniczył się w danym wypadku do wypuszczenia płynu i oczyszczenia jamy brzusznej bez sączkowania samego narządu, mimo że większość chirurgów obecnie narząd sączkuje w tej lub innej formie. Nie wchodząc w teoretyczne rozstrząsanie możemy jedynie stwierdzić, że ten uproszczony zabieg wstrzymał dalszy postęp o. m. t., gdyż objawy chorobowe o. m. t. po zabiegu zaczęły ustępywać. Czy przez sączkowanie narządu można było zapobiec tym następstwom, jakie się później wytworzyły, trudno powiedzieć. Z opisanych wypadków wynika, że mogą one wystąpić mimo sączkowania. Również trudno rozstrzygnąć, czy bez zabiegu choroba uległaby samoistnej poprawie.

Wyzdrowienie w naszym przypadku z o. m. t., które po operacji niewątpliwie nastąpiło, nie było równoznaczne z powrotem do zupełnego zdrowia, wytworzyły się bowiem w dalszym przebiegu zmiany, które doprowadziły po 3 tygodniach do katastrofy. Jakiego rodzaju były te zmiany, można tylko z pewnem prawdopodobieństwem określić na podstawie klinicznych objawów i na podstawie zmian widocznych przez ranę operacyjną, gdyż sekcji nie wykonano. Ogniska martwicze w trzustce uległy zakażeniu, przyszło do stanu zapalnego, a w dalszym ciągu do ropienia — jak wysoka leukocytoza wskazuje — które posuwało się w różnych kierunkach zarówno ku tyłowi poza otrzewnowo jak i ku przodowi i ku dołowi. Jednak zlepy nie pozwoliły na rozprzestrzenienie się procesu ropnego w całej jamie brzusznej. Na otorbienie tego procesu ropnego wskazywały ogólny dobry stan, dobrze napięte, rytmiczne, wolne tętno (84), brak wymiotów i czkawki, normalne wypróżnienia, obfita ilość dobowa moczu, wzmagające się łaknienie, podgorączkowe tylko stany. Dopiero w ostatnich 2 dniach przed katastrofą nastąpiły prawdopodobnie przerwania zlepów i to nietylko w ranie operacyjnej, gdyż przebicie w tem miejscu uważaćby należało jako zejście raczej szczęśliwe, mogące w przyszłości zaoszczędzić drugi zabieg operacyjny. Dreszcze zaś, które wystąpiły po przebiciu, ciepłota 40°, ponowny zapad, pogorszenie się jakości tętna, które uległo przyśpieszeniu 130—160 uderzeń na 1', wymioty, czkawka kazały przypuszczać, że jakaś nagła przyczyna spowodowała owe zmiany. Prawdopodobnie tedy treść ropna otorbiona dotychczas przerwała zrosty nietylko w ranie operacyjnej, ale również w innych miejscach jamy brzusznej wywołując rozlane zapalenie otrzewnej, na co właśnie wskazują ogólne objawy, które

[1]) Ostra martwica trzustki = w skróceniu o. m. t.

wystąpiły 48 godzin przed zejściem. O. m. t. jako rzadkie cierpienie jest w podręcznikach lekarskich po macoszemu traktowana i dlatego mniej znana lekarzom praktykom. Przypuścić jednak należy, że, podobnie jak na zachodzie, większa znajomość teoretyczna tej choroby u lekarzy przyczyni się też do jej częstszego rozpoznania u chorych, którzy zgłaszają się do lekarza z nagle powstającemi dolegliwościami w nadbrzuszu.

A dobre rozpoznanie — to wyzdrowienie każdego drugiego chorego obarczonego tą chorobą, skazanego w przeciwnym razie na niechybną śmierć.

Piśmiennictwo:

1) Brugsch u. Kraus: Spezielle Pathol. u. Ther. innerer Krankheiten VI B. 1 Hälfte II. Teil. Pancreas, Darm. — 2) Oster-Hocke: Lehrbuch der inneren Medizin. — 3) Ortner: Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten. — 4) Heiberg: Die Krankheiten des Pancreas. — 5) Wolff. Pancreas-Diagnostik u. Therapie. — 6) Brugsch II. Ergänzungsband. Körte Chirurgie des Pancreas. — 7) Med. Klinik 1919. Gros. — 8) Med. Klinik 1922, p. 599. Kraul demonstracje. — 9) Med. Klinik 1922, Hernheiser. 10) Med. Klinik, 1924, p. 1781. Nils Backer - Gröndahl. — 11) Med. Klinik. 1925, p. 1489. Isaak Krieger. — 12) Med. Klinik, 1927, p. 599. ref. Centralbl. f. Chir. Nr. 13. — 13) Med. Klinik. 1927, p. 901. Zebranie niemieck. Tow. Chirurg. ref. chir. — Schmieden, Korreferat int. — Bergmann. — 14) Med. Klinik. 1927, p. 91. Hoffmann. — 15) Med. Klinik. 1928, 3. Tagung Alpenländ. Chirurgen in Innsbruck. — 16) Med. Klinik. 1928, p. 503. Gulecke. — 17) Med. Klinik. 1928, p. 1943. Gubergutz. — 18) Med. Klinik. 1928, p. 1827. Alpenländische Aerztetagung in Graz. Bischer. — 19) Med. Klinik. 1929, p. 1355. Berl. Med. Ges. vom 2. 7. 1929. Martens. — 20) Med. Klinik. 1929, p. 1639, ref. Popper D. M. W. 1929, Nr. 41. — 21) Med. Klinik. 1930, Nr. 37. Ehrmann. — 22) Med. Klinik, 1929, Hilzenberger. — 23) Med. Klinik. 1929, ref. D. M. W. 1929, Okhler. — 24) Wien. Kl. Wochenschrift, Walzel. — 25) Polsk. Gaz. Lek. 1921, p. 68. Ciechanowski. Zjazd chirurgów polskich. — 26) Polsk. Gaz. Lek. Mar. Landsberg. — 27) Polsk. Gaz. Lek. 1922. Drozdowicz. — 28) Polsk. Gaz. Lek. 1923. W. Filiński. — 29) Polsk. Gaz. Lek. 1924. Rodziński i Epler. — 30) Polsk. Gaz. Lek. 1926. Adamowicz. — 31) Polsk. Gaz. Lek. 1926. Dengiel. — 32) P. Arch. Med. Wewn. T. II. W. Filiński. — 33) Warszaws. Czasop. Lek. 1927. Nusbaum. — 34) Warszaw. Czasop. Lek. 1928. Nusbaum.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Czesław KOSSOBUDZKI. Kraków.

O niezwykłej postaci nieprawidłowej ciąży bliźniaczej.

Z Oddziału położn. i chor. kob. Szpitala św. Łazarza w Krakowie
Prymarjusz: Doc. Dr. J. Zubrzycki.

Stosunkowo bardzo rzadką postacią nieprawidłowej ciąży wielopłodowej jest ciąża, w której jedno jajo rozwija się w macicy, a drugie równocześnie poza jej ścianami. Poszczególne takie przypadki, ogłaszane w odnośnem piśmiennictwie, jako nieczęsto spostrzegane budzą zawsze zrozumiałe zainteresowanie ogółu lekarzy i to tak z teoretycznego, jak i z praktycznego punktu widzenia.

Częstotliwość omawianego powikłania trudno ustalić, dla ilustracji jednak pozwolę sobie przytoczyć kilka zestawień dotyczących tej sprawy. I tak: Parry podaje, że na pięćset przypadków ciąży zewnątrzmacicznej przypada dwadzieściadwa równoczesnej ciąży macicznej i pozamacicznej. Stosunek jak 1 : 22.7. Schrenk natomiast oblicza, że na sześćsetdziesięć ciąż pozamacicznych przydarzają się zaledwie cztery przypadki omawianego rodzaju powikłania. Stosunek jak 1 : 155.5. Weibel opisuje swój jedyny przypadek na ogółem stoczterdzieści przypadków ciąży pozamacicznej. Stosunek, jak 1 : 140. Oprócz tego zestawienia dokładne dotyczące zajmującej nas sprawy spotykamy u Bichat'a, Zinke'go, Christer-Nilsson'a, Simpson'a. Pozatem poszczególni klinicyści ogłaszali pojedyńcze swoje przypadki, jak na przykład: Braun, Galton, Luge, Mungo, Kerz, Marschall, Münchmeyer i inni. W ten sposób podano do ogólnej wiadomości 121 przypadków równoczesnej ciąży wewnątrz i zewnątrzmacicznej. Pierwszy przypadek ogłosił w roku 1908 Durerney.

Na oddziele położniczym i chorób kobiecych szpitala św. Łazarza w Krakowie na ogólną liczbę 130 leczonych ciąży pozamacicznych przez przeciąg czterech lat zanotowano tylko dwa przypadki równoczesnej ciąży śród- i zewnątrzmacicznej w obu drugie jajo rozwijało się w jajowodzie — w jednym w lewym, w drugim w prawym. Poniżej przytaczam krótki wyciąg z historji obu tych przypadków.

Przypadek 1. L. K., wieloródka, lat 34, rodziła cztery razy na czasie. Dzieci zdrowe, donoszone. Porody prawidłowe, ostatni przed trzema laty. Połogi bezgorączkowe. Miesiączki zawsze na czasie bez zaburzeń, prawidłowe. Ostatnia przed dwoma miesiącami. Przed kilku godzinami poczuła nagle ból w brzuchu i omdlała. Zawezwany lekarz rozpoznał u niej ciążę zewnątrzmaciczną i skierował chorą do zakładu, celem wykonania odpowiedniego zabiegu.

Przy badaniu stwierdzono u kobiety dobrze zbudowanej i odżywionej ostrą niedokrewność znacznego stopnia. Klatka piersiowa i narządy w niej zawarte bez zmian. Jama brzuszna przy opukiwaniu i obmacywaniu bolesna. Brzuch miernie wysklepiony. Wypukiem stwierdzić można stłumienie w dolnych jego częściach, rozmieszczone w typowy sposób dla płynu wolnego. Badanie ginekologiczne: brak jakiejkolwiek wydzieliny z pochwy i z jamy macicy, wyraźne rozpulchnienie i zasinienie części pochwowej, macica powiększona odpowiada wielkością dwumiesięcznej ciąży, sklepienie tylne wyraźnie wypuklone oporem miękkim, jakby chełboczącym; po stronie lewej w okolicy przydatków oporność dokładnie zaznaczona.

Wobec takiego wyniku badania rozpoznano ciążę zewnątrzmaciczną lewostronną, pękniętą, krwotok do jamy brzusznej, ostrą niedokrewność znacznego stopnia.

Na skutek tego przystąpiono do zabiegu. Po otwarciu jamy brzusznej w linji środkowej stwierdzono obecność znacznej ilości krwi w jamie brzusznej, częściowo płynnej, częściowo skrzepłej. Macica stosunkowo duża, wielkością odpowiadająca ciąży ponad dwa miesiące, miękka, sina, kurczyła się wyraźnie za dotykiem. Wogóle robiła ona wrażenie macicy ciężarnej i za taką ją podczas zabiegu uznano. Na skutek tego też obchodzono się z nią w dalszym ciągu jaknajłagodniej i jaknajostrożniej. Przydatki prawostronne bez jakichkolwiek zmian. W prawym jajniku zauważono prawidłowe ciałko żółte ciążowe. Po stronie lewej jajowód rozszerzony i częściowo zamieniony w guz wielkości brzoskwini, otoczony zupełnie świeżemi skrzepami. W lewostronnym jajniku stwierdzono również, jak i w prawostronnym typowe ciałko żółte ciążowe. Zmieniony jajowód usunięto, poczem jamę brzuszną na głucho zaszyto.

Oglądając usunięty jajowód stwierdzono, że ponad powierzchnię jego przeżerają się kosmki, a na przekroju znaleziono w jego wnętrzu zupełnie dobrze utrzymane jajo płodowe z płodem odpowiadającym wielkością dwumiesięcznej ciąży.

Przebieg operacyjny bez zaburzeń. Zauważyć należy, że tak przed zabiegiem, jak i po zabiegu nie wystąpiły żadne, nawet ślady krwawienia z narządów rodnych chorej. Powróciła ona do domu uświadomiona, że po usunięciu ciąży zewnątrzmacicznej, dalej jest w ciąży, gdyż drugie jajo rozwija się w macicy. Dalszy przebieg ciąży prawidłowy. W osiem miesięcy księżycowych po tem zupełnie prawidłowy poród płodu żywego, donoszonego płci męskiej.

Jak więc z powyższego wynika, w przypadku tym mieliśmy do czynienia z ciążą bliźniaczą z rozwojem jednego jaja w macicy, a drugiego w lewym jajowodzie.

Przypadek 2. A. W., wieloródka, lat 30, rodziła jeden raz przed 7 laty, roniła raz przed 4 miesiącami. Połogi prawidłowe. Miesiączki zawsze co 4 tygodnie, niebolesne, skąpe. Ostatnia 15 sierpnia 1930 r., krótsza, bo dwa dni trwająca. W dwa tygodnie po ostatniej miesiączce chora poczęła odczuwać bóle przenikające w boku prawym, którym często towarzyszył ból w nodze prawej. Ostatni atak bólu wystąpił 5 października ub. r. przyczem chora zemdlała. Wezwany lekarz domowy skierował chorą do szpitala. Nadmienić należy, że w czasie tego ostatniego ataku bólów wystąpiło u chorej bardzo nieznaczne krwawienie.

W czasie badania stwierdzono: u kobiety dobrze zbudowanej i dobrze odżywionej niedokrewność znacznego stopnia (bladość powłok zewnętrznych, tętno 120 słabo napięte). Klatka piersiowa wraz z narządami w niej zawartemi bez zmian. Brzuch w dolnych częściach, zwłaszcza po stronie lewej bolesny. Część pochwowa rozpulchniona i zasiniała, objaw Hegara wyraźny. Macica powiększona, odpowiada wielkością ciąży dwu i pół miesięcznej. W sklepieniu tylnem opór ciastowaty, po stronie prawej macicy guz niebolesny, wielkości małej pięści.

Wobec takiego wyniku badania rozpoznano: ciążę jajowodową, pękniętą z krwotokiem do jamy trzewnej.

Wykonane nakłucie tylnego sklepienia rozpoznanie potwierdziło. Wydobyto bowiem z jamy Douglasa około pięciu centymetrów kubicznych krwi ciemnej, pomieszanej ze skrzepami. Na-

tychmiast przystąpiono do zabiegu. Jamę brzuszną otwarto od strony powłok w linji środkowej w uśpieniu eterowem. Stwierdzono w niej obecność płynnej krwi, a w obrębie przydatków prawych guz wielkości pięści, sinawy, który nie był niczem innem, jak zmienionym jajowodem. Guz ten po uprzedniem oddzieleniu go ze zrostów z otoczeniem, usunięto. W przydatkach lewostronnych wybitne zmiany zapalne. Zrosty między jajowodem a jajnikiem, zamknięte ujście brzuszne a w jajniku tejże strony duże ciałko żółte ciążowe. Macica rzeczywiście powiększona, robiąca wrażenie ciężarnej. Wobec tego już w czasie zabiegu rozpoznano obok ciąży jajowodowej, także i ciążę środmaciczną. Brzuch zaszyto na głucho. Chora zniosła zabieg dobrze. Brak jakichkolwiek następowych krwawień. Badanie kilkakrotne w różnych odstępach czasu po zabiegu, wykazuje stały, równomierny wzrost macicy. Licząc od daty ostatniej miesiączki, nastąpił poród samoistny, donoszonego płodu, płci żeńskiej w terminie odpowiadającym naszemu obliczeniu.

Usunięty jajowód prawy wykazywał wyraźne zmiany w związku z ciążą z nim się rozwijającą. Na przekroju znaleziono w jego wnętrzu znaczną ilość skrzepłej krwi i wylewem krwawym zniszczone resztki jaja płodowego (drobnowidem stwierdzono obecność kosmków).

W obu opisanych powyżej przypadkach mieliśmy, jak to wynika z przedstawienia rzeczy, do czynienia z ciążą bliźniaczą, w której jeden płód rozwijał się z jaja zagnieżdżonego w macicy, a drugi równocześnie z jaja zagnieżdżonego w jajowodzie. W obu tych przypadkach uległa przerwaniu ciąża pozamaciczna i została operacyjnie usunięta, jajo zaś, znajdujące się w macicy rozwijało się dalej prawidłowo, bez żadnych przeszkód do końca ciąży.

Co się tyczy przyczyny omawianego powikłania, to jest ona zazwyczaj wypadkową czynników, które zaliczyć musimy do dwóch grup, odrębnych zupełnie spraw. Jedna z nich związana jest wogóle z powstawaniem ciąży bliźniaczej, a druga z powstawaniem ciąży pozamacicznej. Zasadniczo rzecz biorąc w naszych przypadkach mieliśmy do czynienia z rozwojem równoczesnych dwóch jaj, z których każde zaszczepiło się w innem miejscu narządów rodnych. Takie zaś zaszczepienie się możliwe jest tylko wtedy, gdy równocześnie wytworzą się dwa jaja w ustroju i to bez względu na to, czy będą pochodziły z jednego pęcherzyka Graafa, czy też z dwóch i oba ulegną zapłodnieniu. W wypadkach takich, gdzie mamy do czynienia z jednem jajem, a więc z tworem objętym jedną otoczką, to bez względu na to, czy w trakcie jego rozwoju wytworzą się dwa osobniki, czy też nie, wystąpienia omawianej przez nas postaci ciąży bliźniaczej, nie można się spodziewać. Jajo bowiem takie, objęte jedną otoczką i stanowiące w początkach swojego rozwoju jedną, niepodzielną fizyczną całość, nie może równocześnie zaszczepić się w dwóch różnych i to odległych od siebie miejscach ustroju. Inaczej się ma sprawa w wypadkach obecności dwóch odrębnych, jako jednostki jaj. Wtedy to bowiem może się wydarzyć, że jedno z jaj, pomimo, że oba powinne zagnieździć się w macicy, zagnieździ się gdzieś poza jej ścianami. Przyczyn zaś tego dopatrywać się musimy w całym szeregu spraw, które wogóle powodują powstawanie ciąży zewnątrzmacicznej, jak naprzykład utrudniona, lub uniemożliwiona wędrówka zapłodnionego jaja, sprawy zwracające jajo z jego drogi i t. d.

Ciekawe są zestawienia odnoszące się do wieku oraz do poprzednio przebytych ciąży tych chorych, u których spostrzegano właśnie ten rodzaj ciąży. Christer Nielsson naprzykład w swojej pracy dochodzi do wniosku, że najczęściej ta postać ciąży występuje pomiędzy 30 a 40 rokiem życia. Twierdzi on, iż poprzednio przebyte porody i następowe cierpienia narządów rodnych stwarzają do tego odpowiednie tło. Weibel uważa, że równoczesna ciąża maciczna i zewnątrzmaciczna występuje u kobiet w tych latach, w których występuje i zwykła ciąża bliźniacza, a więc pomiędzy 25 a 30 rokiem życia. Tego samego zdania jest Kleinwächter. W zasadzie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że liczba wieloródek dotkniętych tem powikłaniem ciąży bliźniaczej jest prawie trzy razy większa od pierwiastek (Christer Nielsson). Największe zestawienie w tym kierunku podaje, że 19.23% przypada na pierwiastki, a 72.94% na wieloródki. Stosunek ten byłby więc jak 1 : 2.66. Tak samo kształtuje się stosunek pierwiastek do wieloródek przechodzących ciążę bliźniaczą, a mianowicie 1 : 2.36.

Z objawów klinicznych w pierwszym rzędzie zasługuje na uwagę zatrzymanie się miesiączki, stwierdzalne objawy ciąży i obraz badania ginekologicznego. Te wszystkie dane do pewnego stopnia pozwolą nam ewentualnie na rozpoznanie sprawy chorobowej, która w przeważnej części przypadków rozpoznawana bywa jako ciąża pozamaciczna. To, że równocześnie mamy do czynienia z ciążą maciczną, zazwyczaj stwierdza się w czasie zabiegu wykonywanego celem usunięcia ciąży pozamacicznej. W obu naszych przypadkach to właśnie miało miejsce. Niemniej jednak może być i odwrotnie. Na skutek nienormalnego rozwoju ciąży pozamacicznej lub też z innych przyczyn może i ciąża maciczna ulec przerwaniu i w czasie poronienia tejże możemy dopiero wykryć istnienie ciąży pozamacicznej. Jak więc z powyższego widać, zejście bliźniaczej ciąży macicznej i pozamacicznej może być rozmaite: przerwanie ciąży pozamacicznej, a utrzymanie macicznej, lub też przerwanie tak macicznej, jak i pozamacicznej. Nieliczne znane są przypadki, gdzie obie ciąże doszły do swojego końca (Wilsson, Sal i Moore), a w pojedynczych przypadkach (Ludwig) udało się i matki i oba płody uratować. Musimy jednak pamiętać o tem, że są to tylko szczęśliwe trafy, a niebezpieczeństwo dla życia matki tak groźne, że raczej za błąd sztuki lekarskiej uważać należy wyczekiwanie momentu do takiego rozwiązania. W zasadzie przyjąć należy, że w każdym bezwzględnie przypadku bliźniaczej ciąży macicznej i równoczesnej pozamacicznej, usunięcie tej ostatniej z chwilą stwierdzenia jej jest natychmiast wskazane. Usunięcia zaś ciąży macicznej należy dokonać tylko wtedy, kiedy wystąpią objawy poronienia w toku. Przerywanie ciąży macicznej bowiem w tych razach, zapobiegawczo nie jest uzasadnione, gdyż w stosunkowo dużej liczbie przypadków ciąża maciczna po usunięciu ciąży pozamacicznej, dobiega korzystnie do końca. Weibel podaje, że na 110 przypadków w 32 udało się uzyskać płody maciczne donoszone (29.09%).

Wogóle w postępowaniu leczniczem staramy się przestrzegać zasady: życie matki droższe od życia dziecka. Ciąża maciczna ma większe dane do rozwoju i do dotrwania do końca, oraz nie grozi bezpośredniem niebezpieczeństwem matce w przeciwieństwie do ciąży pozamacicznej. Z tych zasad wychodząc i w naszych przypadkach wobec istnienia przytem wskazania do natychmiastowego wkroczenia chirurgicznego, usunęliśmy ciążę pozamaciczną drogą operacji brzusznej, pozostawiając dalszemu rozwojowi ciążę maciczną, wychodząc z założenia, że nie każdy zabieg brzuszny połączony z usunięciem ciąży pozamacicznej musi spowodować poronienie, względnie przedwczesny poród jaja, rozwijającego się w macicy. Korzystny przebieg naszych obu przypadków potwierdził w zupełności słuszność naszych zapatrywań.

Dr. Marjan CIECZKIEWICZ, B. st. asyst. Zakł. med. sąd. U. J.
Dr. Czesław UHMA, B. st. asyst. Zakł. med. sąd. U. J.
i sekundarjusz szpitala św. Łazarza. Kraków.

Przypadek usiłowanego spędzenia płodu przy nieistniejącej ciąży.

Z Zakładu Medycyny sądowej U. J.
Dyrektor: Prof. Dr. L. Wachholz
i z Oddz. położn. i chor. kobiec. Szpitala św. Łazarza w Krakowie
Prymarjusz: Doc. Dr. J. Zubrzycki.

Uszkodzenia narządów rodnych powstałe w związku z usiłowanem, zbrodniczem spędzaniem płodu dają nadzwyczaj obfity materjał do ich omawiania. Dzieje się to wskutek dużej ilości sposobów spędzania, a w następstwie tego wielkiej różnorodności rodzajów obrażeń i niebezpieczeństw wynikających z nich dla zdrowia i życia danej kobiety. Usunięcie i zwalczanie ich natrafia niejednokrotnie na wielkie trudności. Pozatem także i same okoliczności, towarzyszące zbrodniczemu spędzaniu, płodu, zasługują częstokroć również na uwagę.

Niniejszym opisem przypadku chcielibyśmy nawiązać do pracy Neugebauera[1]) omawiającej szereg podobnych zdarzeń.

Przypadek nasz dotyczył kobiety lat 21, stanu wolnego (L. prot. ch. 3256/435), która zgłosiła się do oddziału w stanie bardzo ciężkim, z utrzymaną jednak jeszcze przytomnością. W wywiadach podała, że w celu przerwania ciąży założyła sobie przed kilkoma dniami „dołem twardą gumkę na drucie" poczem drut wyciągnęła. W następnym dniu chciała gumkę wyjąć, lecz nie mogła jej już znaleść. Bliższych szczegółów wyglądu gumki nie umiała jednak podać. Brat, który ją przywiózł, sprostował nieco te zeznania, podając, że w celu spędzenia płodu chodziła do jakiejś kobiety. — Z innych danych ginekologicznych dowiedzieliśmy się, że pierwszą miesiączkę miała w 17 roku życia, następne były prawidłowe, czasami jednak zdarzały się przerwy kilkumiesięczne. Nie rodziła i nie roniła. Ostatnią miesiączkę miała przed trzema miesiącami i od tego czasu czuła się w ciąży.

---

[1]) *Tentamen abortus provocandi deficiente graviditate.* Centralblatt f. Gynek. 1912, H. 4.

Na trzeci dzień, po założeniu wyżej wspomnianej „gumki" dostała bólów brzucha, wymiotów, zaparcia stolca i wiatrów, które to objawy trwały do chwili zgłoszenia się chorej do oddziału, z ciągle wzrastającem ogólnem osłabieniem.

Badaniem przedmiotowem stwierdzało się ciepłotę ciała 37.3, tętno tylko od czasu do czasu wyczuwalne, nitkowate. Skóra i błony śluzowe blade, język suchy, skórzasty. Skóra nie wykazuje nagromadzeń barwika w miejscach typowych dla ciąży, piersi nie wydzielają kleju. Płuca nie wykazują zmian fizykalnych, oddech powierzchowny, czynność serca bardzo przyspieszona, nieregularna. Brzuch beczkowato wzdęty, deskowato twardy. Z odbytu wydobywa się płynny, wodnisty kał. Srom i pochwa nie wykazują zmian ani obrażeń. Część pochwowa stożkowata, ujście zewnętrzne okrągłe, drożne dla opuszki palca, zaczopowane skrzepem krwi. Sklepienie pochwy szerokie i obniżone, szczególnie tylne, w którem wyczuwa się miękki chelboczący opór. Wobec silnie napiętych i wysklepionych powłok brzusznych nie daje się wybadać trzonu macicy i jej przydatków.

. Rozpoznano: ogólne, daleko posunięte zapalenie otrzewnej, przypuszczalne przebicie macicy i obecność ciała obcego w jamie brzusznej.

Mimo takiego rozpoznania ciężki stan ogólny nie pozwolił na zabieg otwarcia jamy trzewnej, wobec czego chwilowo ograniczono się do nakłucia jamy Douglasa oraz następowego otwarcia jej i założenia drenu przez tylne sklepienie, przyczem wydobyto około 1 litra cuchnącej ropy. Zabiegu dokonano bez znieczulenia eterowego, biorąc pod uwagę stan agonalny chorej. Pozatem nadmienić należy, że wszelkie leki i usiłowania zmierzające do poprawy czynności serca i stanu ogólnego okazały się bezowocnemi i chora po trzech godzinach pobytu na oddziele zmarła.

Wynik sekcji sądowo-lekarskiej wykonanej nazajutrz opiewa w streszczeniu: skóra blada bez obrażeń, na brzuchu żabiozielono zabarwiona. Opony, mózg, narządy klatki piersiowej nie wykazują żadnych wybitniejszych zmian. W jamie brzusznej znachodzi się trzewia gazami wzdęte, zlepione grubemi nalotami włóknika. Między zlepami znajdują się zbiorniki nagromadzonej dużej ilości, śmietankowatej ropy. Popod siecią a ponad jelitami leży, w rynnie wytworzonej z jelit i włóknika, długi, półsztywny cewnik gumowy, przebiegający skośnie od dołu i strony prawej miednicy małej ku górze i stronie lewej, sięgając swym końcem z bocznym otworem w okolicę żołądka i śledziony. Wątroba, śledziona i nerki wykazują zatarty rysunek miąższu, są ćmawe i blade. Macica mała o wymiarach 8 × 5.5 × 2.5 cm. Część pochwowa stożkowata. Jamy macicy i nieznacznie rozszerzony kanał szyjki zawierają skrzep w kształcie odlewu ich światła. Znamion ciąży nie stwierdza się. W dnie macicy nieco po stronie prawej znajduje się otwór, odpowiadający wielkością znalezionemu w jamie trzewnej cewnikowi. Jajnik prawy zawiera ciałko żółte krwotoczne, poza tem przydatki macicy bez zmian.

Badanie histologiczne wyjętej macicy nie wykazuje ani kosmków, ani zmian doczesnowych.

Orzeczenie opiewało:

1) przyczyną śmierci denatki stało się włóknikowo-ropne zapalenie otrzewnej, jako następstwo przebitej cewnikiem macicy;

2) wobec tego, że rozmiary macicy były zupełnie prawidłowe i odpowiadały macicy niecieżarnej a nawet dziewiczej, niema podstawy do rozpoznania ciąży w najwcześniejszym jej okresie;

3) przebicie macicy cewnikiem nastąpiło niewątpliwie w celu przerwania domniemanej a nie istniejącej u denatki ciąży. Tego rodzaju przypadki obrażeń macicy, powstałych w czasie spędzania płodu przy nieistniejącej a mylnie za istniejącą rozpoznanej ciąży, znane są z doświadczenia. W danym przypadku musiała denatka podejrzewać u siebie ciążę na podstawie tak złudnego objawu ciąży, jak zatrzymanie regularności i dlatego poddała się zabiegowi spędzania płodu dokonanego ręką osoby niedoświadczonej w tego rodzaju zabiegach. Użycie cewnika półelastycznego wskazuje na to, że zabieg ten prawdopodobnie wykonany był ręką np. akuszerki.

4) wobec ropno-włóknikowego zapalenia ogólnego otrzewnej pomoc lekarska nie mogła zapobiec śmierci.

Jak z powyższego opisu widać, mieliśmy do czynienia z przypadkiem przebicia macicy z obecnością ciała obcego w jamie trzewnej, w następstwie czego przyszło do ogólnego zapalenia otrzewnej i do zejścia śmiertelnego. Obrażenie powstałe wskutek usiłowanego spędzenia płodu nieistniejącej ciąży, co niezbicie stwierdziła sekcja zwłok. Powodem przypuszczenia przez denatkę ciąży, która w rzeczywistości nie istniała był brak miesiączki przez 3 miesiące. Wprawdzie i przedtem zdarzały się u niej przerwy w miesiączkowaniu, najprawdopodobniej wskutek niedomogi czynnościowej jajników, obecnie jednak, widocznie odbyte stosunki płciowe, nie pozostawiły jej cienia wątpliwości o istnieniu ciąży i kazały zapomnieć o poprzednich przerwach w miesiączkowaniu. W wywiadach podała, że sama spędzała sobie płód, jednakże już sam sposób spędzania oraz niemożność dokładniejszego opisu „gumki" wykluczały zgodność tych zeznań z prawdą, co zresztą zostało potwierdzone tak przez jej brata, jak i przez badanie wewnętrzne. To ostatnie bowiem nie wykazało żadnych obrażeń pochwy i sklepień, a tem samem kazało nam myśleć o wprowadzeniu ciała obcego wprost przez kanał szyjki do macicy, czego ze zrozumiałych względów, przy zamkniętem ujściu zewnętrznem, kobieta nie potrafi wykonać sobie sama. Wobec tego, że macica była dziewiczych rozmiarów, a osoba która wprowadziła cewnik celem spędzenia płodu, wiedziała od denatki, że jest rzekomo w trzecim miesiącu ciąży, a mimo to nie zwróciła uwagi na niestosunkowo małe rozmiary macicy, należy przyjąć, że osoba ta nie zbadała zupełnie denatki lub też co prawdopodobniejsze, nie umiała jej zbadać, co do znamion przypuszczalnej ciąży, a przedewszystkiem co do wymiarów i kształtu macicy. Zarazem nie okazywała denatka za życia i po śmierci na sekcji żadnych zmian cielesnych właściwych ciąży w pierwszych trzech miesiącach. Na podstawie powyższej jest tedy najprawdopodobniejsze, że zabieg u denatki wykonała osoba, ze stanem ciąży u kobiet wcale nie obznajomiona. Z drugiej strony jednak sposób oraz narzędzie służące do przerwania ciąży, przemawiają za tem, że osoba ta trudniła się spędzaniem płodu zawodowo. W obrażeniu znalezionem w macicy najważniejszą rolę odegrała nieświadomość osoby spędzającej co do rozmiarów macicy. Nie ulega jednak wątpliwości, że to co w innych przypadkach wykonywanego przez tę osobę spędzania płodu, możnaby nazwać pewnego rodzaju doświadczeniem, tu stało się momentem, wywołującym uszkodzenie. Z doświadczenia było jej bowiem znane, że przy wsuwaniu cewnika z mandrynem do macicy trzeba niekiedy (szczególnie u pierwiastek przy ciąży do trzech miesięcy) pokonać nie mały opór stawiany przez ujście wewnętrzne macicy, powtóre zaś, że przy ciąży trzymiesięcznej nie natrafia się tak blisko na dno macicy. To też z całą pewnością siebie użyła siły nie przypuszczając, że tym razem ze względu na małe wymiary macicy, przezwyciężyła opór jej dna.

Dziwnem się wydaje, na co już Neugebauer zwrócił uwagę, że przypadki uszkodzeń z powodu spędzania nieistniejącej ciąży są tak rzadko ogłaszane mimo, iż mogłoby się zdawać, powinny być dość pospolitemi. Przypadki te niewątpliwie są częste, ale rzadko dochodzą do wiadomości lekarza, a jeszcze rzadziej do wiadomości sądu, albowiem we większości ich zabieg użyty nie wywołuje żadnych szkodliwych następstw dla zdrowia odnośnej kobiety albo wywołuje tylko nieznaczne obrażenia w jej narządach rodnych, obrażenia, które ustępują wkrótce bez śladu i nie mają w sobie nic charakterystycznego. Rozpoznanie tych obrażeń, jako następstw usiłowań spędzenia płodu, jest wysoce utrudnione przez to, że lekarz nie stwierdza żadnych znamion ciąży. Tak więc tylko przypadki, podobne do powyżej przez nas tu omówionego, kończące się śmiercią kobiety lub conajmniej znaczniejszem obrażeniem jej części rodnych dochodzą do wiadomości ogólnej.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Paul Michon: *Les groupes sanguins, schémas et applications pratiques, la transfusion sanguine, technique et indications*, Paris, Masson, 1930, S. 119, fr. 16 (około 5 zł).

Ta mała książeczka zawiera zwięzłe opracowanie tematu. Główna uwaga jest zwrócona na technikę przetaczania krwi. Aparatura do tego celu powinna być tak skonstruowana, by uniknąć zastoju krwi, wszelkich uchyłków, kurków, wentylów — jako źródeł skrzepów. Aparat powinien być prosty i wygodny; z dotychczasowych tylko strzykawka Jube-ego odpowiada wymienionym warunkom. Strzykawka Jube'ego, jak wynika z 5-cio letniego doświadczenia autora, jest bardzo dobra *(est exellent!)*, a przetaczanie krwi tym sposobem jest pewne i bezpieczne, pod każdym względem. Poza omówieniem wyboru techniki, znachodzimy krótko i zwięźle zebrane uwagi co do podziału krwi na grupy, wyboru dawcy, sposobu działania przetoczonej krwi, wskazań i przeciwwskazań do przetaczania.

Książeczkę tą powinien posiadać każdy lekarz, nietylko w tym celu, by się nauczyć przetaczania, ale aby zapoznać się z tym nowoczesnym środkiem leczniczym, coraz częściej używanym.

Janik (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Nowiny Społeczno-lekarskie, rok V, nr. 1, z 1 stycznia 1931: Z życia Związku lekarzy Państwa Polskiego. — Wielkie zebranie lekarzy szpitalnych w Krakowie. — P. Specklin: Działalność lekarska a ubezpieczenia społeczne. — Wł. Frankowski: Lekarze domowi w Kasach Chorych. — Z. Rudolf: Zjazdy gazowników i wodociągowców polskich a higjena.

Zdrowie, rok XLV, nr. 24, z 15 grudnia 1930: J. Danielski: Zasady działalności lekarza powiatowego jako urzędnika administracyjnego i higjenisty. — Wł. Frankowski: Zadania lekarza szkolnego. — Wł. Dobrzyński: Udział kobiet w organizacjach mieszkaniowych na zachodzie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 1, z 4 stycznia 1931: H. Szancer: Uzupełnienie do pracy p. t. „Wykrywanie „Pyridium" w moczu". — Sprawy zawodowe.

Młoda matka, nr. 1, z r. 1931: M. Gromski: Przeziębienia pęcherza. — Z. Glińska: Grypa. — S. Średnicki: Jeszcze o chorobie na ząbki. — P. Baumryter: Ryby w dietetyce dziecięcej. — J. Michałowicz: Mamy już zimę.

Wiadomości lekarskie, rok III, nr. 12, z grudnia 1930: A. Ślączka: Encephalitis epidemica. — E. Elster: Ubezpieczeni a lekarze Kas Chorych. — Witkowska: Próby zastosowania pernoctonu w położnictwie i ginekologji.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo amerykańskie.

Surgery, Gynecology and Obstetrics.

Nr. 1—3, 1930.

H. Albee: *Zasady leczenia niezrośniętych złamań.*

Proces zrastania składa się z czterech następujących po sobie okresów:

1) pierwotnego zrośnięcia łączno-tkankowego;
2) utworzenia się miękkiej kostniny;
3) utworzenia twardej kostniny;
4) rekostrukcji kostniny.

Z tych faz tylko pierwsza jest stosunkowo dobrze wytłumaczona. Dla zrozumienia następnych należy pojąć podłoże chemiczne, w jakiem następuje zrastanie.

Zachowanie się wapna w organizmie jest w dużej mierze zależne od czynności gruczołów przytarczycznych: gruczoły te mają wpływ na zawartość wapna we krwi; jest prawdopodobne, że w ustroju mogą pewne czynniki chemiczne zmieniać fazę wapna nierozpuszczalnego w fazę wapna rozpuszczalnego. Zwyczajnie ma przewagę wapno nierozpuszczalne, złożone w tkankach, głównie w kości (fosforan i węglan wapna). Jednym z takich czynników jest zaczyn fosfataza, działająca w środowisku zasadowem: jak wykazały badania jej największa czynność uwydatnia się przy pH 8.4. Zaczyn ten mają produkować osteoblasty. Wapnienie jest wynikiem wspólnego działania fosfatazy i osteoblastów; działanie ich polega na zmianie stężenia fosforanu wapnia, jakoteż na stworzeniu warunków chemicznych, w których następuje rozpuszczenie względnie opadanie soli wapniowych. Okazało się, że wzmożona zawartość glukozy w płynie tkankowym kości (zależnie od gruczołów przytarczycznych) powoduje wzmożony napływ rozpuszczonego wapna i fosforu do płynu.

Nie ulega wątpliwości, że odkładanie się soli w tkance ziarninowej w miejscu złamania odbywa się pod wpływem tego samego mechanizmu, co kostnienie młodej kości. Jest pewnem, że ilość fosfatazy zmniejsza się, gdy proces kostnienia jest ukończony; nowotworzące się osteoblasty np. w złamaniu, posiadają wzmożoną siłę tworzenia fosfatazy.

Zasadniczo brak zrośnięcia się złamanej kości odnosimy do zaburzeń w tworzeniu się zrostu łączno-tkankowego, zaburzeń przemiany tkanki ziarninowej w bliznę, zanim w niej nastąpi kostnienie, najczęściej na tle niedostatecznego ukrwienia (osteoblasty wtedy źle odżywione dzielą się powoli i produkują mało fosfatazy), do ciągłego przerywania tkanki ziarninowej, w razie niedostatecznego unieruchomienia (unaczynienie jest wtedy skąpe), do bezpośredniego uszkodzenia naczyń okostnej, tętnic odżywczych kości, zakażenia i t. d.

Z powyższego wynika, że brak zrostu złamania może być następstwem złego tworzenia się tkanki ziarninowej i kostnienia.

W leczeniu złamań stosuje się często wapno. Autor uważa je za zbędne, tembardziej, że w pokarmie znajduje się dostateczna jego ilość, a organizm posiada też zapas wapna, który może być użyty w każdej chwili, zależnie od wyżej wspomnianych czynników.

Również promienie ultrafioletowe nie mają żadnego działania na zrastanie się kości.

Czy dieta kwaśna wpływa pomyślnie na złamanie? Zasadniczo przyczynia się ona do wzmożonego wydzielenia wapna; raczej należy stosować pokarm obojętny, ewentualnie lekko zasadowy. Stosowanie wyciągów gruczołów przytarczycznych ma swe usprawiedliwienie. Zastrzyk Biera nie przynosi w złamaniach żadnych korzyści, ponieważ powoduje obniżenie miejscowej przemiany, a to jest niepożądane.

Jeden jest tylko racjonalny sposób leczenia niezrośniętych złamań, a mianowicie operacyjny.

Autor jest przeciwnikiem łączenia odłamków zapomocą obcego materjału, natomiast stosuje kostne przeszczepy, które pobiera najczęściej z piszczeli; po wycięciu zapomocą piłki kolistej w obydwu fragmentach ostrokątnych ubytków, wkłada w nie przeszczep kostny i przytwierdza paskiem powięzi, nitką strunową i t. p.; miejsce złamania przykrywa płatem okostnowym.

Autor zastosował ten sposób w 754 przypadkach, z czego w 201 na ramię, w 162 na przedramię, a w 270 na kończynę dolną. W 9-ciu przypadkach przeszczep się złamał, z tego w 7-miu zabieg powtórzono z dobrym wynikiem. Wyniki: dobre w 89%, niepomyślne w 11%.

Janik (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 16, 1930.

O. Nordmann: *„Bóle w krzyżach" jako objaw schorzeń chirurgicznych.*

Prof. Nürnberger: *O przyroście liczby zakrzepów i zatorów.* Omówienie ostatnich statystyk na ten temat z zakresu anatomji patologicznej, chorób wewnętrznych i chirurgji (dok. n.).

Prof. Finsterer: *Wyniki chirurgicznego leczenia przewlekłego nieżytu żołądka.* Autor omawia przypadki, w których przy operacji nie stwierdza się klinicznie rozpoznanego wrzodu żołądka, natomiast znajduje się objawy przerostu odźwiernika i przewlekłego nieżytu — zabiegi takie jak *gastroenterostomia, gastroduodenostomia, pyloromyotomia* lub wycięcie wyrostka robaczkowego, woreczka żółciowego, czy innego chorobowo zmienionego organu wpływa w większości przypadków pomyślnie na dolegliwości przedoperacyjne.

R. Mühsam: *Rozsiane zapalenie opon mózgowych wyleczone operacyjnie.*

F. Oehlecker: *O ciałach obcych w dwunastnicy.* Opis kilku operowanych przypadków.

O leczeniu złamań kości przy pomocy wyciągów drucianych — wywiad z kierownikami klinik uniwersyteckich.

H. Demme: *Białko w płynie mózgo-rdzeniowym po urazie czaszki.*

Dr. Hayward: *Konsyljum chirurgiczne.* Dla praktyki (d. c. n.).

G. Lobmayer: *100 przypadków znieczulenia miejscowego przy pomocy percain'y.*

P. Fasal: *O pobudzeniu tworzenia ziarniny naświetlanymi maściami.*

R. Mendel: *Padaczka odruchowa.* Dział ubezpieczeń.

A. Reisner: *Obecny stan leczenia promieniami „granicznemi" Bucky'ego.* Referat.

Nr. 17. — 1930.

O. Bruns. *Zaburzenia czynnościowe aparatu przedsionkowego i ich następstwa, w szczególności choroba morska i jej leczenie.* (dok. 1-a część Nr. 13). Dokładne omówienie leczenia zapomocą środków farmakologicznych, działających na ramię czuciowe, ośrodki i ramię motoryczne łuku odruchowego przy morskiej chorobie. Własne doświadczenie autora i zestawienie ich wyników.

J. Wilder. *Neurologja i psychjatrja stanów hypoglikemicznych.* Symptomatologja stanu hypoglikemicznego samoistnego i na skutek nadmiernego dowozu insuliny — artykuł ważny dla każdego internisty i neurologa.

Prof. Nürnberger. *O wzroście liczby zakrzepów i zatorów.* Statystyka z zakresu położnictwa i ginekologji. Po dokładnej ocenie zestawień autor dochodzi do przekonania, że omawiany wzrost liczby zakrzepów i zatorów nie odpowiada rzeczywistości, jest on raczej rzeczą przypadkową na skutek nieodpowiednich warunków statystycznych.

R. Ziel. *Zarządzenia zdrowotne przy wydobywaniu radu w Joachimstahl.*

R. Fischer. *O zachowaniu się ciśnienia krwi przy wysiłkach umysłowych.* Ciśnienie krwi u szachistów mierzone przed i po grze wykazuje tylko minimalne wahania.

P. Uhlenbruck i E. Gilardone. *Znaczenie rozpoznawcze skórnych przerzutów raka.* Opis kilku przypadków.

Prof. Finsterer. *Wyniki chirurgicznego leczenia przewlekłego nieżytu żołądka. (dok.).* Przytacza zestawienia innych autorów i swoje 43 przypadki, w których wykonał resekcję żołądka, znajdując przy operacji i na preparatach tylko objawy nieżytu błony śluzowej bez stwierdzenia wrzodu czy raka żołądka. Rezultaty pooperacyjne naogół bardzo dobre.

L. Haberlandt. *Porównawcze badania z wyciągami mięśnia sercowego i mięśni szkieletowych cieplokrwistych.* Doświadczenia z hormocardiol'em i carnigen'em.

Dr. Hayward. *Konsyljum chirurgiczne.* (d. c. n.).

C. Moewes. *Granice i możliwości leczenia telatuten'em.*

W. Brandis. *Czy śmierć przez rażenie prądem z uszkodzeniem serca?* Dział ubezpieczeń.

W. Liepmann i J. Abrahamer. *Z zakresu położnictwa.* Przegląd piśmiennictwa. Referat.

A. Reisner. *Obecny stan leczenia promieniami „granicznemi Bucky'ego".* (dok.).

H. Powązka (Kraków).

Klinische Wochenschrift.

Nr. 12. r. 1930.

Freudenberg. *Statystyka gruźlicy w Pesterzsébet.*

Doc. Lindstedt. *Teorja „summacyjna" w hipotezie neuralgji.* Według tej teorji dla wyjaśnienia bólu należy przyjąć zesumowanie dwu patologicznych stanów podrażnienia: z jednej strony lokalnego, z drugiej strony ogólnego, który wywołuje nadwrażliwość w całym systemie nerwowym.

Mai i Keller. *W sprawie różnicy między mlekiem kobiecem i krowiem.* W mleku krowiem stosunek chloru do cukru jest 5 r. większy niż w mleku kobiecem. Od pierwszego dnia laktacji zmniejsza się znacznie zawartość chloru, w pierwszych też dniach znacznie mniejszą jest ilość laktozy.

Steinitz. *Leczenie cukrzycy cholosuliną.* Środek ten jest dobrym i godnym polecenia w leczeniu cukrzycy.

Freund. *O pochodzeniu komórek zapalnych i ich znaczeniu w terapji rentgenologicznej.* Badania Cohnheima na języku żaby wykazały, że na początku sprawy zapalnej główna część komórek zapalnych powstaje miejscowo z komórek wrzecionowatych aparatu łącznotkankowego naczyń (w znaczeniu Virchowa). Warunkiem dla pojawienia się tego odczynu komórkowego jest żylne przekrwienie i obrzęk, który rozluźnia połączenia stałych komórek, przez co uwolniona część tych komórek zaczyna wędrować. Miejscowa przemiana komórek łączno-tkankowych w zapalne może zostać zmniejszona lub stłumiona przez promienie R., zależnie od wysokości dawki promieni. Wyniki terapji rentgenologicznej w gojeniu się spraw zapalnych znajdują wytłumaczenie w zahamowaniu rozwoju komórek zapalnych.

Prof. Löning. *Glykogen wątroby i wrzód trawienny.* Zaburzenia w odkładaniu i niemożność zatrzymywania glykogenu w wątrobie nie muszą przebiegać klinicznie z objawami schorzenia tego narządu. Rozmaite czynniki mogą powodować odcukrzenie wątroby lub zaburzenia w odkładaniu glykogenu (brak tlenu, wzmożona koncentracja jonów wodorowych we krwi, trucizny, podniety bólowe), przyczem niemożność zatrzymywania glykogenu przez wątrobę nie zawsze przebiega z hyperglykemją. Można przeprowadzić sztucznie systematyczną glykogenizację wątroby przez podawanie insuliny z cukrem gronowym. Tego rodzaju leczenie stosuje się nietylko w chorobach wątroby, lecz też w przypadkach zatruć chemicznych, paralysis Landry, parkinsonizmie chronicznym. Do chorób, wyleczenie których zależy od dostatecznego zaopatrzenia wątroby w glykogen — należy ulcus pepticum. Tak jak dla powstania tej choroby przyjąć należy cały szereg rozmaitych czynników, tak też i w leczeniu wchodzi w rachubę współdziałanie różnych uzupełniających się metod. Do takich należy zaliczyć działanie insuliny i cukru, prowadzących do gromadzenia się glykogenu, następnie lokalne działanie cieplne promieni czerwonych i leczenie dietetyczne. Rychter podaje początkowo codziennie, potem rzadziej, 10 j. insuliny + 40—60 cm³ 25% dextrozy ½ g. przed obiadem. Jednocześnie per os łatwo przyswajalne węglowodany. Należy unikać przewagi działania insuliny, sprowadza to bowiem wagotoniczne podrażnienie żołądka. Działanie światła można uważać za łagodny masaż żołądka. Co do djety, to zwykle stosowana oszczędzająca djeta uboga w witaminy B i zasady może być niebezpieczną dla stanu glykogenu w wątrobie i na to należy zwrócić uwagę, wcześnie podać papkę ziemniaczaną bogatą w zasady, soki owocowe i jarzynowe. Niedostateczna ilość cukru we krwi prowadzi do skłonności do spasmofilji. Znane jest przeciwtężyczkowe działanie cukru w chorobach dziecięcych, w spasmofilji. Alkans sądzi, że ulcus pepticum jest tylko miejscowym objawem ogólnej skazy spasmofilnej. W skazie tej oprócz wahań w zawartości cukru we krwi bardzo ważnym czynnikiem jest układ jonów we krwi, są bowiem jony hamujące i jony ułatwiające skurcze. Wątroba ma wielki wpływ na regulację jonów, od dobrego zaopatrzenia wątroby w glykogen zależy jej sprawność a przez to sprawność całego ustroju.

Łaguna. *O pozornym braku A-receptora w grupie AB.*

Sonnenfeld i Leffkowitz. *Skład komórek treści pęcherza skórnego a obraz krwi.* Brak zgodności między postaciami komórek w treści pęcherza skórnego a jakościowym obrazem ciałek białych krwi, nawet w chorobach narzadu szpikowego. Sposób oddziaływania skóry jest inny niż oddziaływanie aparatu leukopoetycznego.

Prof. Küstner. *Stosowanie thyroksyny w eklampsji.*

Jadassohn. *Uczulenie skóry świnki morskiej na phenylhydrazynę.*

Malkin. *Wpływ niektórych hormonów na ciśnienie osmotyczne proteinów krwi.* Wzmożenie ciśnienia osmotycznego proteinów krwi prowadzi do zmniejszenia zawartości wody w tkankach. Zmniejszenie ciśnienia przy nefrozach powoduje zatrzymanie wody i powstawanie obrzęków. Badania na zwierzętach wykazały, że thyreoidyna podnosi ciśnienie osmotyczne proteinów krwi. Ciśnienie to zmniejsza się pod wpływem insuliny, podobnie działa pituitryna.

Eisenfarb. *Badania porównawcze układu wegetatywnego w napadzie skurczów naczyniowych.*

Fanconi. *Infantilismus intestinalis (Coelikie).* Jednostka chorobowa inna niż colitis chronica polega na zaburzeniu resorbcji w jelicie. Występuje demineralizacja ustroju oraz kwasica. W etjologji tej choroby odgrywa rolę czynnik konstytucjonalny oraz szkody pokarmowe, z krzywicą choroba ta niema nic wspólnego. W leczeniu zasadniczą rolę odgrywają świeże owoce, Vigantol, ferrum reductum.

Nr. 13. r. 1930.

Klinge. *O reumatyzmie.* W ostatnich czasach zagadnienie ujmuje się z punktu widzenia zmian histologicznych oraz nauki o alergji. Obraz histologiczny jest zupełnie typowy i składa się nań 2 czynności: 1) eksudacyjno-degeneracyjny, t. j. ogniskowa nekroza z rozpęcznieniem i obrzękiem substancji paraplastycznej, oraz 2) proliferacyjny, t. j. objawy bujania komórek łącznotkankowych, tworzenie się wielojądrzastych komórek olbrzymich i zanik leukocytów wielojądrzastych. Te guzki reumatyczne mogą być rozrzucone po całym ustroju, a przewaga sprawy wysiękowo-degeneracyjnej nad proliferacyjną zależy od szybkości procesu, w przypadkach reumatyzmu przebiegającego klinicznie jako sepsis widoczna była przewaga zmian wysiękowych. Do powstania reumatyzmu niezbędnem jest zakażenie bakteryjne, do dziś jednak żadną metodą nie wykazano zarazka swoistego. Reumatyzm uważać należy za chorobę sui generis, gdzie oprócz zarazka wchodzi w rachubę indywidualny odczyn ustroju, odczyn anafilaktyczny w następstwie wtórnie powstałego uczulenia wywołanego przez zakażenie. Podobnie jak przy wielokrotnem zastrzyknięciu obcej surowicy powstaje obraz choroby posurowiczej wskutek tworzenia się toksyn anafilaktycznych, tak wskutek wniknięcia parenteralnie proteinów bakteryjnych (np. z migdałków) przychodzi do uczulenia. Przy parokrotnem pojawianiu się tych trucizn występuje nadwrażliwość i odczyn anafilaktyczny, który klinicznie przejawia się jako reumatyzm stawowy. Obraz kliniczny warunkuje nie swoistość zarazka lecz indywidualny odczyn ustroju, jako proces nadwrażliwości na napływający antygen. Najbardziej czynnym antygenem jest toksyna streptokokowa. Odczyn anafilaktyczny odbywa się w tkance łącznej naczyń, serca, stawów, błon surowiczych, w mięśniach szkieletu. Pewną rolę odgrywają takie czynniki jak uraz lub przeziębienie.

Prof. Staemmler. *Komórki śródmiąższowe i tworzenie się nasienia w jądrze.* Komórki śródmiąższowe pełnią w jądrze czynności odżywcze i nie są gruczołem o wewnętrznem wydzielaniu.

Holzapfel. *Badania nad etjologją krwotocznej nekrozy trzustki.* Zmiana ta może wystąpić w tym tylko wypadku, gdy kamień zatka *papilla duodeni* a przewody trzustkowy i żółciowy łącza się ze sobą znacznie wyżej. Wtedy żółć dostaje się do przewodu trzustkowego, uczynnia profermenty i następuje nekroza.

Lautenschläger. *Geneza i morfologja cholesteatomu.*

Rosenhagen. *O późnej apopleksji pourazowej.*

Enfinger. *System wegetatywny w ciąży na podstawie reakcji ortoklinostatycznej po atropinie.*

Rösler. *Granice prawidłowe i patologiczne w obrazie rentgenologicznym serca i wielkich naczyń.*

St. Dziuba.

Archiv f. Gyn.

T. 141. z. 2.

Wodjachin. *W sprawie przemiany węglowodanów w ciąży normalnej i patologicznej.* Doświadczenia autorki miały za cel zbadanie krzywej cukru we krwi w przypadkach zatruć ciążowych, przyczem autorka wychodzi z tego założenia, że jeżeli charakter krzywej cukru we krwi może służyć jako wskaźnik czynności wątroby, trzustki i nadnerczy, to można tą metodą posłużyć się również w celu rozstrzygnięcia pytania, czy można mówić o t. zw. wątrobie osób ciężarnych.

Doświadczenia powyższe przeprowadziła autorka u 70 kobiet ciężarnych, zdrowych i obarczonych różnemi cierpieniami i doszła do następujących wniosków:

Krzywa cukru kobiet cierpiących na zatrucie ciążowe różni się znacznie od krzywej kobiet zdrowych, co przemawia za niedomogą czynnościową wątroby.

W przypadkach ciężkich nefropatyj krzywa cukru zbliża się do krzywej chorych na wątrobę, co dowodzi, że wątroba bierze udział w tem cierpieniu.

Krzywa cukru kobiet ciężarnych cierpiących na wymioty niepowściągliwe ma charakter krzywej „wątrobnej", z czego należy wnioskować, że w cierpieniu tem wątroba gra pewną rolę.

Jest rzeczą prawdopodobną, że w pewnych postaciach zatruć ciążowych wątroba tylko następowo ulega czynnościowemu uszkodzeniu, które pozostaje w związku ze zmianami w układzie wegetatywnym.

Wspólnie z innemi kliniczno-laboratoryjnemi badaniami może krzywa cukru być użyta jako środek rozpoznawczy.

Knaus. *W sprawie fizjologji ciałka żółtego.* (III doniesienie). W poprzednich swych doświadczeniach opisał autor zmiany, jakie występują pod wpływem ciałka żółtego w macicy, gruczole mlekowym i jajniku. W pracy obecnej zadał sobie pytanie, jak zachowuje się ciałko żółte w czasie ciąży, a odpowiedź na to pytanie miało dać badanie owych zmian, jakie we wspomnianych organach wywołuje ciałko żółte.

Opisawszy szczegółowo przebieg swych doświadczeń, stwierdza, że zachowanie się mięśnia macicy, błony śluzowej macicy, gruczołu mlekowego i jajnika daje zupełnie jasny obraz roli, jaką ciałko żółte odgrywa w biologji ciąży. Co się tyczy nasilenia i czasu trwania czynności ciałka żółtego w ciąży można przyjąć za rzecz pewną, iż po okresie rozkwitu aż do 10-go dnia jego czynność wydzielnicza zaczyna słabnąć i 18-go dnia ciąży zwykle występują wyraźne objawy niedomogi czynnościowej. Mimo osłabienia jego czynności w drugiej połowie ciąży można na podstawie stanu wspomnianych organów wykazać obecność ciałka żółtego jako samoistnego gruczołu wewnątrzwydzielniczego w czasie nawet bezpośrednio przed porodem.

(Do doświadczeń używał autor królic).

Knaus. *W sprawie fizjologji ciałka żółtego.* (IV doniesienie). Z doświadczeń przeprowadzonych na królicach, wyciąga autor następujące wnioski.

Ciąża pozorna u królicy trwa regularnie 16 dni. Już w 32 godziny „post coitum" można u królicy wykazać wpływ ciałka żółtego na macicę.

Pod wpływem ciałka żółtego traci mięsień macicy zdolność reagowania na wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej. Pod wpływem ciałka żółtego występuje w błonie śluzowej macicy i w gruczole mlekowym żywy rozrost. W jajniku ciałko żółte hamuje dojrzewanie folikułów i proces owulacji. Wycięcie ciałka żółtego powoduje ustanie względnie cofanie się wspomnianych odczynów ze strony macicy, gruczołu mlekowego i jajnika. W 10 godzin po wycięciu ciałka żółtego mięsień macicy zaczyna znów reagować na wyciąg przysadki mózgowej. Wycięcie ciałka żółtego u królicy ciężarnej powoduje bez wyjątku zawsze przerwanie ciąży.

W czasie ciąży u królicy zaczyna słabnąć czynność wydzielnicza ciałka żółtego najwcześniej 18-go dnia. Mimo osłabienia czynność ta utrzymuje się atoli aż do czasu tuż przed porodem.

Zmiany w macicy i w gruczole mlekowym pod wpływem ciałka żółtego występują daleko wyraźniej w ciąży prawdziwej aniżeli w ciąży rzekomej.

Ta różnica w oddziaływaniu owych organów da się wykazać już 10-go dnia post coitum. Wobec tego uzasadniony jest podział na *corpus luteum spurium i corpus luteum graviditatis. Corpus luteum spurium* przeistacza się pod wpływem hormonów jaja płodowego w *corpus luteum graviditatis.* Ciałko żółte znosi wpływ całej przysadki na narząd rodny. Okresowy charakter czynności jajnika uzależniony jest od ciałka żółtego.

Pokrowsky i Rabinowitsch. *Wyniki późne po cięciu cesarskiem klasycznem. (na podstawie badań drobnowidowych blizn macicznych).* Wnioski, jakie autor wypowiada w powyższej sprawie, opiera na uwzględnieniu całego szeregu objawów zaobserwowanych u kobiet po cięciu cesarskiem klasycznem jak przebieg następnych porodów, pęknięcia blizn, zachowania się blizny w czasie operacji i wreszcie na podstawie badań drobnowidowych blizn macicznych. Wnioski są następujące.

Bardzo często (50%) po cięciu cesarskiem klasycznem w miejscu cięcia stwierdzić można zupełnie dobrze zbudowaną ścianę macicy. Ściana ta atoli w bardzo wielu przypadkach, częściej aniżeli się to zwykle przyjmuje, jest ścieńczała i to nieraz bardzo znacznie. Główną przyczyną tego ścieńczenia jest to, że w czasie szycia nie zawsze szew ujmuje ścianę macicy w całej jej grubości. Okoliczność ta wymaga bardzo dokładnej techniki operacyjnej, polegającej na dokładnem zespoleniu szwami ścian macicy w całej ich grubości. W gojeniu się rany cięcia macicznego bezwątpienia zakażenie gra główną rolę, lecz mimo to w całym szeregu przypadków o zupełnie gładkim przebiegu pooperacyjnym powstaje blizna zła. Autor zauważa przytem, że nie znamy wielu momentów, które wpływać mogą na sposób gojenia się rany macicznej.

Zdaniem autora wyniki późne po cięciu cesarskiem klasycznem nie są wcale zadawalniające, dlatego też metodyka cięcia wymaga starannych badań i udoskonaleń właśnie z punktu widzenia tych późnych wyników.

Każda kobieta, która przebyła cięcie cesarskie, winna pozostawać pod ścisłą kontrolą na wypadek ponownego zajścia w ciążę; ewentualnie sztuczne poronienie u takiej kobiety jest zabiegiem poważnym, a w ostatnich miesiącach ciąży należy na taką kobietę zwracać baczną uwagę. Ewentualny poród można u niej pozostawić siłom natury lecz nie w domu, ale w zakładzie ze względu na możliwą konieczność wykonania laparatomji.

Badanie drobnowidowe blizn macicznych upoważniają autora do ostrzeżenia, że wskazania do cięcia cesarskiego należy ściślej i surowiej oceniać, zwłaszcza w dobie obecnej, kiedy liczba wykonywanych cięć cesarskich z roku na rok coraz bardziej wzrasta.

Neumann. *W sprawie aparatu limfatycznego błony śluzowej macicy.* U wszystkich zwierząt, u których wogóle istnieją naczynia krwionośne, mogą limfocyty lub komórki im odpowiadające, przechodzić poza ścianę naczyń i przekształcać się w tkance we wszystkie możliwe inne komórki, histiocyty, makrofagi, fibrocyty lub komórki mięsne. Niewątpliwie limfocyty, a więc we krwi krążące niezróżniczkowane komórki mesenchymy, ze względu na ich siłę rozwoju odpowiadają w zupełności komórkom mesenchymy w pewnych stałych miejscach ustroju (komórki adwentycji, komórki wędrujące w stanie spoczynku, histiocyty). Wędrują one z naczyń zawsze wówczas, gdy tkanka mesenchymy musi sprawniej i energiczniej działać np. podczas sprawy zapalnej lub w czasie ciąży.

Analogicznie do tych badań jest rzeczą do pomyślenia, że i limfocyty, które z grudek chłonnych błony śluzowej macicy przechodzą do tkanki międzygruczołowej z jednej strony przekształcają się w makrofagi i w ten sposób biorą udział w usuwaniu z miejsca produktów rozpadu, z drugiej strony znów biorą udział w budowie błony śluzowej macicy przekształcając się jako niezróżniczkowane elementy mesenchymy we właściwe komórki tkanki międzygruczołowej.

Zapatrywanie to wypowiada autor jako hypotezę, której prawdziwość lub zaprzeczenie wykażą dalsze badania.

Jedno atoli uważa autor za rzecz bardzo ważną a mianowicie, że aparat limfatyczny jest równocześnie także urządzeniem ochronnem przeciwko inwazji drobnoustrojów wywołujących proces zapalny. W okresie rozrostu aparat ten zdaje się wytwarzać ciała ochronne, aby być uzbrojonym na wypadek, gdy zmuszony będzie do energiczniejszej czynności jak np. w normalnym okresie regeneracji, po poronieniach i po porodach a przedewszystkiem wówczas, jeśli w okresie tym grozi inwazja zarazków chorobotwórczych. Oprócz elementów ochronnych krwi stanowią te grudki chłonne, zdaniem autora, szczególne, miejscowe, ochronne urządzenie przeciw sprawom zapalnym.

One są źródłem wielu elementów nacieku drobnokomórkowego jak np. komórek plazmatycznych i limfocytów. Równocześnie są one sączkiem chwytającym atakujące drobnoustroje.

Guthmann i May. *Czy istnieje śródmaciczne wydzielanie nerek?* Na sprawę śródmacicznej czynności nerek różni autorowie różnie się zapatrują. Dotychczasowe badania w tym kierunku niedomagają z powodu zbyt małej ilości badanych przypadków jakoteż niedostatecznego uwzględniania czasu ciąży.

Autor w badaniach swych uwzględnił całą zawartość krystaloidów jakoteż zawartość mocznika i kwasu moczowego w wodach płodowych i to w różnych miesiącach ciąży i znalazł, że w miarę trwania ciąży całkowita zawartość krystaloidów zmniejsza się, co spowodowane jest albo przez zwiekszony dopływ wody albo przez wsteczne wchłanianie soli.

Mocznik i kwas moczowy występują w wodach płodowych w ilościach coraz większych w miarę postępu ciąży, a ilości te są większe aniżeli we krwi.

Stosunek mocznika do kwasu moczowego zmienia się z postępem ciąży na korzyść kwasu moczowego, co zdaniem autora dowodzi wchłaniania wstecznego mocznika. Uwzględniwszy całą ilość wód płodowych można w cyfrach względnych obliczyć absolutną zawartość mocznika i kwasu moczowego w wodach płodowych.

W a h l. *Atypowy nowotwór nadnercza z przerzutami w narządzie rodnym.* Dokładny opis przypadku kazuistycznego z licznemi rycinami obrazów drobnowidowych.

K. B. (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Wydział lekarski Polskiej Akademji Umiejętności w Krakowie.

P o s i e d z e n i e z w y c z a j n e z dnia 10 listopada 1930.

Przewodniczący: czł. H. H o y e r:

Czł. C i e c h a n o w s k i przedstawia pracę p. Feliksa S k u b i s z e w s k i e g o p. t. „Późne zmiany anatomo-patologiczne trzustki w następstwie jej martwicy. Odnowa wysepek Langerhansa".

Zadaniem pracy było zbadanie rodzaju i przebiegu zmian, jakie powstają w trzustce w późniejszych okresach po przebytej ostrej jej martwicy. Autor wywoływał doświadczalnie ostrą martwicę trzustki u psów zapomocą wstrzykiwania żółci do przewodu trzustkowego, a nadto zbadał histologicznie kilka przypadków martwicy trzustki u ludzi. Na 24 doświadczenia w pierwszych dniach padło 8 psów, 3 zabito w ostrym okresie martwicy trzustki, a 13 psów zabito w czasie pomiędzy 7 a 342 dniem po operacji.

1) W wątrobie w 4 przypadkach ostrej martwicy trzustki u ludzi powstało wybitne zwyrodnienie tłuszczowe i ogniska martwicze. Takież zmiany, chociaż mniejsze, powstawały w wątrobie w doświadczeniach na psach. W korze nadnerczy u ludzi z ostrą martwicą trzustki stwierdził autor zmniejszenie się ilości lipoidów; i to w pierwszym rzędzie lipoidów podwójnie załamujących światło. W nerkach psów w okresie ostrym i przewlekłym martwicy trzustki występowało wybiórcze zwyrodnienie tłuszczowe cewek krętych kory. W gruczołach chłonnych jamy brzusznej w ostrym okresie martwicy i w stanach późniejszych były znaczne zmiany w postaci t. zw. nieżytu zatok.

2) U psów, które padły, znaczna nieraz część tkanki gruczołowej trzustki uległa martwicy lub wybitnemu zwyrodnieniu tłuszczowemu, które występowało najsilniej w 7—10 dni po operacji. W późniejszych okresach powstawał w trzustce niejednakowy stopień zaniku tkanki gruczołowej, a rozrost tkanki łącznej. Tkanka gruczołowa trzustki w częściach ocalałych w ostrym okresie martwicy była niejednokrotnie prawie prawidłowa. Gdzieindziej układ pęcherzykowy bywał rozluźniony i napotykano małe komórki gruczołowe ułożone bezładnie o ciemnej protoplazmie, która nie zawierała zymogenu, albo zawierała go bardzo mało. Rozrost fibroblastów w ostrym okresie martwicy trzustki występował w przegrodach pomiędzy zrazikami, a na terenach z rozlaną martwicą — w sąsiedztwie ocalałych naczyń krwionośnych.

3) W przewodach trzustki warstwa nabłonkowa ulegała martwicy i złuszczeniu, lub spłaszczeniu i zwyrodnieniu tłuszczowemu. Już w 1—2 dniu po operacji można było w przewodach znaleść komórki nabłonkowe w okresie podziału. W późniejszych okresach martwicy trzustki stwierdzał autor całkowitą odnowę warstwy nabłonkowej, przyczem komórki nabłonkowe układały się w parę warstw. Śluzówka tworzyła nieraz liczne uchyłki, które w przekrojach dawały obrazy o utkaniu jakoby gruczolaka dookoła przewodu głównego.

4) Wysepki Langerhansa we wszystkich trzustkach badanych po przebyciu martwicy były doskonale rozwinięte wśród zachowanej tkanki gruczołowej, niektóre małe, inne jednak znacznie większe od prawidłowych; nieraz wydawały się znacznie pomnożone. Nawet w małych zrazikach gruczołowych, oddzielonych tkanką włóknistą, zdarzało się po kilka wysepek Langerhansa. Nadto w obrębie zrazików trzustki stwierdzał autor nadmiernie rozrosłe drobne przewody, miejscami bez światła, jako lite pasemka z komórek nabłonkowych o wydłużonych jądrach.

Obrazy histologiczne nasuwają przypuszczenie, że odnowa wysepek Langerhansa może mieć swe źródło w proliferacji nabłonka drobnych przewodów wydzielniczych. W obrębie zrazików gruczołowych spotykał autor także skupienia komórkowe zbliżone utkaniem do wysepek Langerhansa. Owe skupienia komórek nabłonkowych są następstwem nietypowego i nadmiernego bujania drobnych przewodów wydzielniczych.

5) Wśród włóknistej tkanki łącznej znajdował autor w późnych okresach po martwicy skupienia nabłonkowe, przypominające również wysepki Langerhansa, które z czasem jednak przerasta tkanka łączna. Tych skupień komórkowych wśród tkanki łącznej nie można jednak w żadnym razie utożsamiać z typowemi wysepkami Langerhansa.

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

P o s i e d z e n i e z dnia 25 VI. 1930.

Przewodniczący: Wiceprezes Kol. Dr. L a n d a u.

Obecnych 130.

Prof. T e m p k a zgłasza do protokółu oświadczenie, że zamierza wycofać ze swego autoreferatu dotyczącego demonstracji z ubiegłego posiedzenia pewne wyrażenia.

Dyskusja nad demonstracją Prof. Tempki z ubiegłego posiedzenia.

W dyskusji: Kol. S z c z e k l i k omawia pokrótce historję choroby chorego Rylla, który pozostawał w leczeniu Kliniki Prof. L a t k o w s k i e g o dwukrotnie od 21 II. 1928 — 19 IV. 28 i od 21 IV. 29 — 17 VII. 29. Poraz pierwszy zgłosił się chory z tem, że przed miesiącem wystąpiły krwawe wymioty (około $1^1/_2$ l.) oraz stolce smołowe. W dniu przyjęcia na Klinikę chory skarżył się na biegunki, ogólne osłabienie, bóle głowy. W 1921 r. zakaził się kiłą, dla leczenia której przebył 6 kuracyj salwarsanowych: odczyn Wassermanna — mimo to stale utrzymywał się dodatni.

Przedmiotowo stwierdzono wówczas u osobnika średniego wzrostu, bladego, powiększenie gruczołów pachowych, pachwinowych i serce powiększone w wymiarze poprzecznym (M. T. 13.5, ML. 13.5) tony nad ujściami żylnemi i tętniczemi czyste, II-i nad aortą kłapiący, tętno 80 uderzeń na minutę, dobrze napięte; R. R. 110/70. Wątroba wyczuwalna na 2 palce poniżej łuku żebrowego. Śledziona duża gładka, niebolesna sięgająca do linji środk. ciała i linji pępka. W jamie brzusznej nieduża ilość płynu wolnego. W moczu $^1/_2$‰ białka, urobilinogen wzmożony, w osadzie wałeczki ziarniste, szkliste, krwinki czerwone. Próba z galaktozą z 40 g podanej galaktozy wydzielił po 24 h 0.31 g.

Ciepłoty ciała od 37 — 37.2 — 37.3 C.

We krwi anemja o typie wtórnym (c. cz. 2 400.000 Hb = 40%) która uległa z czasem wybitnej poprawie. Leukocytoza (1.855 c. biał.) neutrochłonna; objaw opaskowy dodatni, odczyn Wa +++. Waga początkowa 64 kg, końcowa (po 2 mies.) 58.700 kg. Obwód brzucha w dniu przyjęcia 84 cm po 2-ch mies. 74 cm. Rozpoznanie Kliniki Prof. L a t k o w s k i e g o brzmiało: Splenomegalia luetica in individuo c. lue viscerum. Po opuszczeniu Kliniki chory czuł się dobrze. Od listopada 1928 r. kilkakrotnie stolce smołowe. W lutym 1929 r. krwawe wymioty. W dniu powtórnego przyjęcia (21 IV. 29) skargi natury ogólnej, żona poroniła w 8 m. ks. chory przed rokiem ożenił się). Badaniem przedmiotowem znaleziono różnice od stanu poprzedniego w sercu (nad główną tętnicą szmer skurczowo-rozkurczowy, tętno 110, R. R. 115/45). Obwód brzucha początkowo 97 cm po 3 mies. 73 cm. wolny płyn w jamie brzusznej. Śledziona jak poprzednio. Wątroba niemacalna. Mocz, krew, Roentgen, odczyn Wa, ciepłoty jak poprzednio. Waga początkowa 68 kg, końcowa 55 kg.

U chorego tego rozpoznaliśmy poza dużą śledzioną o typie splenomegalia luetica, zmiany kiłowe w wątrobie, w sercu (tętnicy głównej) nerkach, gruczołach chłonnych.

Kolega S z c z e k l i k uważa, że epikryza tego przypadku przedstawionego obecnie przez Prof. T e m p k ę, jest jeszcze przedwczesną, ze względu na brak sekcji (chory żyje) a sama autopsja chirurgiczna bez badania histologicznego jest niewystarczającą. Dyskusję nad przypadkiem można obecnie przeprowadzać jedynie w ramach badania klinicznego, a wtedy musi się przyznać, że mamy tu do czynienia z kiłą różnych organów, należy jedynie podkreślić na pierwszem miejscu splenomegalję luetyczną. Nie można natomiast mówić o samej thrombosis ven. lienalis luetica, gdyż istnieją zmiany kiłowe w różnych narządach.

K r e t z z Wiednia (Med. Kl. 1929) stwierdza, że thromb. ven. lien. można rozpoznać jeśli niema żadnych innych podstaw dla powiększenia śledziony, jak powiększenia wątroby, żółtaczki, jeśli chory nie przebył malarji, tyfusu, kiły, które to cierpienia mogą wywołać powiększenie śledziony. Pewną zaś diagnozę, można według tego autora postawić tylko w czasie autopsji.

F r u g o n i (Padwa), który opisał 12 przypadków t. z. splenomegalie thrombophlebitique twierdzi, że etjologia tego cierpienia jest ciemną, a należy przypuścić, że jest natury, pasorzytniczej.

Nie wszyscy autorowie zgadzają się z tem, że thrombosis ven. lien. w przypadkach splenomegalji jest sprawą pierwotną, a powiększenie śledziony sprawą wtórną. Słusznie zapytuje Prof. Grégoire i Weil z Paryża, że jeśli przyczyna powiększenia śledziony ma tkwić w skrzepach żyły śledzionowej, to pocóż wyjmować śledzionę. Okazuje się bowiem, że nieraz w przypadku powiększenia śledziony na tle nieznanem usunięcie śledziony daje dobre rezultaty, że zatem przyczyna powiększenia śledziony tkwi nie w skrzepach żyły śledzionowej a w samej śledzionie, że zatem skrzepy są natury wtórnej.

Sprawa thrombosis venae lienalis o tle nieznanem podlega jeszcze ciągle dyskusji w literaturze naukowej.

W naszym jednakowoż przypadku tło jest aż zanadto dobrze znane. Mamy tu do czynienia ze splenomegalia luetica.

W omawianym przypadku splenomegalja jest tylko jednym z wielu symptomów kiły, która tak ciężko dotknęła tego człowieka, że mimo sześciu ostrych kuracyj przeciwkiłowych, odczyn Wa stale był dodatni, próba biologiczna małżeńska wypadła mimo leczenia dodatnio, proces zaś kiłowy coraz to inne zajmował narządy wewnętrzne przenosząc się z układu chłonnego na naczyniowy i t. d.

Stojąc na takiem stanowisku stosowaliśmy u chorego bardzo ostrożnie leczenie przeciwkiłowe i symptomatyczne, (autoreferat).

Kol. Siedlecki zaznacza, że epikryza przypadku demonstrowanego w październiku ub. r. opierająca się obecnie na wyniku zabiegu operacyjnego usiłuje obalić nasze rozpoznanie, stwierdzające w szczególności lues hepatolienalis i cardiovascularis.

Na podstawie danych z historji choroby uzasadnia się, że w danym przypadku podstawą wszystkich zmian obserwowanych w Klinice jest ciężkie zakażenie kiłowe, które w krótkim czasie doprowadziło najpierw do zmian w wątrobie i śledzionie a następnie do zmian w aorcie i w nerkach. Rozpoznanie to opiera się na dwukrotnej 5-cio miesięcznej obserwacji klinicznej, na wywiadach stwierdzających zakażenie kiłowe, na objawach klinicznych wykazujących krwotoki z żołądka, powiększenie a potem pomniejszenie wątroby, duży guz śledziony, oraz wolny płyn w jamie brzusznej. Stale utrzymywały się stany podgorączkowe a badanie krwi wykazywało leukopenję. Przez cały czas pobytu w Klinice występowały biegunki 3—4 razy na dobę, Prócz powyższych objawów stwierdzono zmiany w sercu w postaci szmerów nad aortą a ciśnienie krwi uległo zmianie wykazując większą amplitudę. Ponadto stale utrzymywało się w moczu białko z osadem składającym się z krwinek czerwonych, wałeczków szklistych i ziarnistych przy niskim ciężarze gat., co przemawiało za sprawą zapalną.

W rozpoznaniu różniczkowem wzięto pierwotnie pod uwagę następujące sprawy chorobowe: Morbus Banti, lues hepatolienalis oraz thrombophlebitis ven. portae z następowym zakrzepem żyły śledzionowej. Omawiając powyższy przypadek wyraził Prof. T. przypuszczenie, że jednak najwięcej objawów przemawia za zakrzepem w żyle wrotnej i śledzionowej i tem się tłómaczą krwotoki, ascites i guz śledziony.

W pierwszej dyskusji zaznaczyłem, że rozpoznanie to nie wyjaśnia nam w zupełności wszystkich objawów klinicznych albowiem przyjmując zakrzep żyły wrotnej obserwujemy w tych razach puchlinę brzuszną dominującą nad całym obrazem klinicznym, która szybko powstaje i powraca po nakłuciu. Obok krwotoków występuje caput medusae oraz gorączka na początku choroby. Wątroba zwykle nie ulega zmianom co do wielkości, jeżeli nawet występuje pomniejszenie to jest to wynikiem zaburzeń w krążeniu. W odniesieniu do powyższego przypadku zaznaczam, że płyn wolny w jamie brzusznej, oraz zmiany w wielkości wątroby przemawiają przeciw przyjęciu pylephlebitis. Wątpliwość ta nasuwa się sama przez się i jest zupełnie uzasadniona. Zabieg operacyjny stwierdzający zakrzep żyły śledzionowej wykazał, że porta hepatis była zupełnie wolna a te wątpliwości były słuszne. Zmiany w wielkości wątroby możemy wytłómaczyć przyjmując hepatitis luetica, która początkowo nie musi zmieniać powierzchni tego narządu.

Jako zespół objawów, duże podobieństwo ma powyższy przypadek do zakrzepu żyły śledzionowej a jednak mimo zabiegu operacyjnego wykazującego ten zakrzep nie możemy tego przyjąć jako odrębną sprawę chorobową nie uwzględniając zakażenia kiłowego i zmian w wątrobie. Bo w takim razie niemożliwem jest wytłómaczenie różnic wielkości wątroby, gdyż te nie zdarzają się przy wyłącznym zamknięciu żyły śledzionowej, nie spotyka się stanów podgorączkowych, chyba tylko na początku w czasie powstawania zakrzepu.

Tylko szersze ujęcie tej sprawy uwzględniające działanie czynnika chorobotwórczego, którym była kiła o wielkiej złośliwości oraz obserwacja kliniczna może nam w całości wyświetlić patogenezę tego przypadku chorobowego. Statystyka Schrumpfa wykazuje, że kiła wątroby zajmuje trzecie miejsce wśród narządów wewn. a pierwsze przypada na zmiany kiłowe. W kile wątroby spotykamy powiększenie tego narządu, przyczem we wczesnych okresach powierzchnia może być zupełnie gładka; obok tego zawsze występuje guz śledziony, wykazujący obraz splenitis interst. hyperplast. Może być żółtaczka jak również i wolny płyn w jamie brzusznej, mogą występować krwawienia z przewodu pokarmowego jako następstwo zastoju w żyle bramnej, jak również uporczywe biegunki. Do obrazu chorobowego należą jeszcze stany podgorączkowe oraz zmiany we krwi, wykazujące leukopenję a w obrazie % neutrocytopenję i limfocytozę.

Z licznych obserwacyj wiadomo, że zmiany w wątrobie i śledzionie występują niemal równolegle, jak również wiadomo, że splenomegalje różnego pochodzenia stwarzają warunki do powstania zakrzepów w żyłach śledziony. Dlatego też Eppinger zaznacza, że gdyby różne splenomegalje były dokładniej badane z pewnością znacznie częściej znajdowanoby zakrzepy.

W tym przypadku zakrzep żyły śledzionowej jest sprawą wtórną a pierwotnemi są zmiany kiłowe w wątrobie i śledzionie. Zresztą lues visceralis objawia się tutaj nietylko zmianami w powyższych narządach, bo w czasie naszej obserwacji śledziliśmy powstawanie zmian na zastawkach aorty, jak wreszcie stały białkomocz z charakterystycznym osadem przemawiał za obecnością zapalenia nerek wywołanym przez tą samą przyczynę (autoreferat).

Kol. Mester. Przypadek ten, demonstrowany uprzednio jako thrombophlebitis v. portae et lienis, jest dzisiaj przedstawiony jako izolowany zakrzep żyły śledzionowej z następową splenomegalją. Otóż zakrzep żyły śledz. jest tutaj sprawą wtórną, a nie pierwotną — jako taka więc w rozpoznaniu lues hep. lien. jest ujęta, gdyż wiadomą jest rzeczą, że w splenomegalji luet. często znajdujemy zakrzepy w żyle śledz. Podobnie w M. Banti, gdzie często spotykamy endophlebitis żył śledz. rozpoznanie brzmi M. Banti, a nie endophlebitis v. lienalis in individuo c. M. Banti! Spleno-pyleflebityczne zmiany naczyniowe w lues nie są rzadkością.

Inna rzecz gdy chodzi o rozpoznanie pierwotnego zakrzepu żyły śledz. z następową splenomegalją tromboflebityczną. Kretz który zebrał 29 przyp. z liter., przyczem opisał 5 własnych i w tem 3 autoptycznie stwierdzonych z badaniem histol. śledziony — wyraźnie się zastrzega, je jeśli chodzi o trudności rozpoznawcze, to są one tylko w przypadkach pierwotnego zakrzepu ż. śledź. — gdzie nie mamy tła. Wtórne są sprawą banalną. Osią jego pracy są też pierwotne zakrzepy żyły śledz. z wtórną splenomegalją, gdzie nie mamy wytłómaczenia dla splenomegalji, a więc ani zimnicy, ani kiły, ani duru. A jeśli w swoich przypadkach na sekcji znajdywał często gruźlicę grucz. trzustk.-śledz., to znów się zastrzega, że gruźlica przebiegała klinicznie bez objawów i jedynie stąd pochodziły trudności rozpoznawcze.

W tym przypadku nie mamy tromboflebitycznego tumoru śledziony, lecz splenomegalję kiłową jako wynik splenitis luet. hyperplastica diffusa — z następowemi zmianami w ścianie żyły śledz. Dodam jeszcze, że tenże autor a za nim Villa przestrzegają przed wycięciem śledziony i to nawet w przypadkach splenomegalji tromboflebitycznej — a to z powodu dużej śmiertelności. Jako jedyne wskazanie uważa ciężkie krwotoki żołądkowo-jelit., których tu nie było, gdyż pacjent przed operacją miał przeszło 6 milj. erytrocytów; a już najmniej wskazaniem mogła być hypoleukia splenica (może posalwarsanowa) gdyż pacjent miał blisko 5 tys. ciałek białych.

Co do kwestji leukocytozy to ona powinna w rozp. różniczkowem między M. Banti a thrombophlebitis v. portae et lienis — być brana w rachubę; a gorączki, o których wspomniałem, w lues hep.-lienalis są częste i to tak w postaci stanów podgorączkowych, gorączki ciągłej, zwalniającej jak i przerywanej.

I te stany podgorączkowe nasz pacjent miał na Klinice co też przemawia za lues hepato lienalis.

Właśnie dla dokładnego rozpoznania postaci klinicznej kiły — by nie ograniczyć się do określania kiły z rzymską cyfrą I, II lub III, należy możliwie dokładnie postać i umiejscowienie oznaczyć. Stwierdzam powtórnie, że ten sam pacjent był przedstawiony w listopadzie r. ub., jako thrombophlebitis wzgl. thrombosis v. portae et lienis.

Dalsza obserwacja i operacja potwierdziły moje wątpliwości, względnie zarzuty, podniesione przeciwko koncepcji zakrzepu żyły wrotnej. (autoreferat).

Prof. Latkowski zapytuje się na czem polegało leczenie przeciwkiłowe energiczne a ostrożne i jaki był stan nerek i zauważa, że dzisiejsza demonstracja Prof. T. jest przedwczesna, ponieważ brak jest dotąd badania histologicznego śledziony. Następnie podnosi, że Prof. Tempka przy pierwszej demonstracji zaczepił rozpoznanie kliniczne Kliniki Lekarskiej a sam nie miał

skrystalizowanego rozpoznania ponieważ mówił o 3 możliwościach: 1) lues hepato lienalis, 2) morbus Banti, 3) thrombophlebitis venae portae i dopiero pod wpływem dyskusji zaczął przechylać się ku rozpoznaniu thrombophlebitis venae portae, które później zmienił na thrombosis venae lienalis.

Klinika Prof. Latkowskiego nie miała do pos. z 18 VI. 1930 pod ręką historji choroby chorego R. z czasu jego pobytu w klinice Prof. Latkowskiego i tylko z pamięci broniła swego rozpoznania, które to rozpoznanie i dzisiaj w całości podtrzymuje i twierdzi, że wedle historji choroby u chorego R. mamy do czynienia z lues visceralis i to tak lues hepatis diffusa sub forma cirrhosis hep. luetica w początkowym okresie choroby et l. lienis c. splenomegalia jak też lues cardio-vascularis z zajęciem nerek i wszystkich gruczołów limfatycznych. Mamy tu do czynienia z kiłą o przebiegu złośliwym, gdzie w 9 lat po zakażeniu i po szeregu kuracyj bardzo energicznych żona chorego urodziła płód nieżywy w 8 miesiącu ciąży. U chorego tego stwierdzono na klinice Lekarskiej rozszerzenie serca, szmer nad tętnicą główną, ciśnienie krwi 115/40, stwierdzono dalej powiększenie wątroby z późniejszem pomniejszeniem się jej, urobilinogen, ascites w jamie brzusznej, gorączki o typie nieregularnym trwające szereg tygodni, biegunkę, obrzęki kończyn dolnych i t. d. We krwi leukopenję i limfocytozę a nawet objawy skazy krwotocznej (Leede i Duke dodatni) co wskazywało na zajęcie ogólne naczyń. Dlatego też nie można tu wyjmować jednego objawu z szeregu ważnych objawów wskazujących na zajęcie prawie wszystkich organów wewnętrznych i naczyń, nietylko jamy brzusznej, ale i aorty i naczyń włosowatych, nie można mówić żadną miarą o procesie toczącym się tylko w jednej żyle i nie można uważać powiększenia śledziony za najważniejszą chorobę u tego osobnika wymagającą specjalnego leczenia, co przy pierwszej demonstracji Prof. L. podkreślał i nie można zmniejszenia się wątroby tłómaczyć atrophia ex inactivitate, gdyż taki zanik wątroby nie istnieje. Nie było tu samoistnej choroby żyły wrotnej lecz zmiany jej przy kile wątroby. Przy kile wątroby i śledziony są zawsze zajęte i naczynia żylne tych narządów i mogą się w zakresie żyły wrotnej tworzyć skrzepy co nie jest wcale rzadkością. Krwotoki mogą powstawać przy różnych chorobach przebiegających z powiększeniem śledziony, mogą też powstawać nawet z powodu towarzyszącej tymże skazy krwotocznej a nawet mogą nie ustąpić po wycięciu śledziony jak to opisuje n. p. Kreutz, który radzi konserwatywne leczenie nawet przy postaci tromboplebitycznej splenomegalji. Skrzepy również w żyle śledzionowej mogą być przy splenomegalji, następowe. W przypadku tym, jak operacja chirurgiczna, stwierdziła, były bardzo rozszerzone wszystkie naczynia żylne a znalazła skrzepy krwi świeże w sinus lienalis. Rozpoznanie splenomegalji luetycznej ze zmianami w naczyniach nie należy wcale do rozpoznań ani trudnych ani nadzwyczajnych. W rozpoznaniu Prof. T. nastąpiło pomięszanie splenomegalji kiłowej z rzadką postacią powiększenia śledziony na tle zmian naczyniowych o etjologji nieznanej, przy której to jednostce chorobowej wycięcie śledziony może być wskazane.

Przy kile narządów wewnętrznych z powiększeniem śledziony, wycięcie śledziony jest błędne i przeciwwskazane a dla chorego szkodliwe. U naszego chorego tem bardziej, ponieważ u niego toczy się kiła złośliwa z zajęciem wszystkich narządów wewnętrznych ze zmianami w naczyniach krwi i ogólnem stwardnieniem gruczołów limfatycznych na tle tej kiły. U chorego tego nie było wskazania do wycięcia tem więcej, że jak słyszymy z demonstracji prof. T. nie było już u chorego nowych krwotoków a skład krwi chorego miał być już prawidłowy. Chory podczas pobytu na klinice Lekarskiej Prof. Latkowskiego sam się domagał operacji na którą Prof. L. się nie zgodził ze względu na ciężką kiłę narządów wewnętrznych, która wedle obecnego stanu nauki jest przeciwwskazaniem do wycięcia śledziony. Trzeba bowiem wziąć pod uwagę, że w walce chorego z tak ciężką chorobą, jaką jest kiła, pozbawienie chorego tak ważnego organu jakim jest śledziona ze swoim wpływem na cały ustrój, ze swym aparatem limfatycznym i siateczkowo śródbłonkowym organem produkującym niweczniki, mającym tak wielkie znaczenie w przeróbce hemoglobiny i gospodarce lipoidów jest przeciwwskazane i szkodliwe. Zresztą chory doznał szkodliwych skutków po operacji skoro w leczeniu pooperacyjnem jak słyszymy przeszedł ciężkie ropienie w płucach z czego z trudem tylko się wywikłał.

Z chwilowego dobrego wyglądu chorego, który jest widocznie następstwem przemijającej erythrocytozy wskutek wycięcia narządu niszczącego krwinki czerwone, nie można wnioskować o dodatnich skutkach operacji, na które trzeba dłuższy czas odczekać. (autoreferat).

Prof. Tempka podnosi w odpowiedzi naprzód niezgodność z rzeczywistością twierdzenia Prof. Latkowskiego jakoby rozpoznanie w tym przypadku Thrombophlebitis venae lienalis luetica zostało postawione przez Prof. T. dopiero po wyniku laparotomji, chory bowiem z takiem rozpoznaniem, bez żadnych zastrzeżeń, został przesłany na stół operacyjny. — U chorego tego nie chodziło — rzecz prosta — o stwierdzenie tumoru śledziony jako takiego, gdyż był on tak olbrzymich rozmiarów, że go nawet początkujący musiał rozpoznać, ale chodziło o wykrycie jego tła patogenetycznego, czego właśnie Prof. L. mimo kilkumiesięcznej obserwacji nie uczynił, rozpoznał bowiem marskość kilową wątroby i tą marskością tłumaczył pojawiające się krwotoki z przewodu pokarmowego, podczas gdy Prof. T. na podstawie zwykłego badania fizykalnego wykluczył wogóle zmiany wątroby, co też w zupełności potwierdził wynik laparotomji, a krwotoki odniósł właśnie do naturalnych następstw zakrzepu żyły śledzionowej. Na tłumaczenie się Prof. L., że odnośnie do cirrhosis hepatis pomylił się o tyle, że dopiero później, t. j. już po posłaniu do druku sprawozdania z danego posiedzenia Tow. Lek., przekonał się przy przeglądaniu historji choroby tego chorego, że miała ona t. j. cirrhosis hepatis wogóle nie zachodzić, — odpowiada Prof. Tempka, że jest rzeczą wprost nie do wiary, aby rzecz nieodpowiadającą rzeczywistości puszczać w świat w kilku tysiącach drukowanych egzemplarzy. Odnośnie do rozpoznawanych przez Prof. L. zmian u tego chorego w zakresie narządu krążenia pod postacią Lues cardiovascularis, stwierdza Prof. T., że tak klinicznie jak i rentgenologicznie chory ten nie przedstawiał i nie przedstawia żadnych zmian w narządzie krążenia. Wobec tego z rozpoznania Prof. L. ostała się jedynie splenomegalja, nie przedstawiająca zresztą żadnych trudności rozpoznawczych, której jednak zakrzepowego tła Prof. L. nie rozpoznał. Na najcięższy zarzut Prof. L. mianowicie, że leczenie tego przypadku zastosowane przez Prof. T. t. j. splenoktomja, połączona z usunięciem całej masy żył, okazujących wielką ilość starych i świeżych zakrzepów było błędem — podkreśla Prof. T., że wskazanie do tego zabiegu postawił po dokładnej analizie przypadku i możności leczniczych, mając zresztą już poprzedników pod tym względem; słuszności jego stanowiska dowodzi zresztą doskonały obecny stan chorego tak przedmiotowy jak i podmiotowy, podczas gdy po kilkumiesięcznem leczeniu zastosowanem przez Prof. L., chory już 4 tygodnie po opuszczeniu jego kliniki, dostał się do kliniki Prof. Tempki zupełnie skrwawiony. (autoreferat).

Prof. Glatzel: Chorego Rylla Eug. przeniesiono na II Klinikę chirurgiczną z I. Kliniki chorób wewnętrznych Prof. Tempki z rozpoznaniem zakrzep żyły śledzionowej. Rozpoznanie przemawiało mi do przekonania. Zdecydowałem się na zabieg chirurgiczny ponieważ chory mimo długotrwałego leczenia wewnętrznego miewał raz po raz ciężkie krwotoki. Otworzyłem jamę brzuszną w uśpieniu eterem i znalazłem śledzionę olbrzymich rozmiarów, sięgającą dolnym biegunem prawie do spojenia łonowego, brzegiem zaś wewnętrznym na stronę prawą, kilka palców poza linję środka. Żyły śledzionowe tworzyły splot objętości pięści dorosłego dziecka. Pojedyncze naczynia żylne od wielkości przekroju ołówka do wielkości dużego palca poskręcane, posiadały ściany nader zgrubiałe i wypełnione były skrzepami częścią zupełnie świeżemi częścią zorganizowanemi. Te same zmiany można było stwierdzić zewnętrznie na przebiegu całej żyły śledzionowej. Wątroba rozmiarów prawidłowych, bez jakichkolwiek zmian mikroskopowych. Nie było też płynu w jamie otrzewnowej. Śledzionę usunąłem wraz z całym splotem żylnym wnęki. Przebieg pooperacyjny powikłany zapaleniem płuc — zresztą gładki. (Autoreferat).

Płk. Dr. Maciąg Adam: Przysłuchawszy się gruntownemu oświetleniu i wyjaśnieniu wszystkich danych dla przytoczonego przypadku, wypada zwrócić uwagę, że sedno kontrowersji między obu zapatrywaniami leży w wydobyciu przez klinikę Prof. Dra Latkowskiego na pierwsze miejsce momentu klinicznego, a kliniki Prof. Tempki momentu anatomicznego. Obustronna dyskusja podkreśliła kiłowe tło sprawy, przebieg schorzenia w różnych stadjach leczenia, a ostatecznie sprowadziła różnicę w zapatrywaniu na celowość chirurgicznego zabiegu. Przypomina to dyskusję nieraz ostrą między internistami, a chirurgami w sprawie wskazań do chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka. Przemawiający przyłącza się do wątpliwości, wyrażonej przez Prof. Latkowskiego co do wskazania operatywnego usunięcia śledziony ustrojowi, dotkniętemu złośliwą kiłą ze względu na jej znaczenie w tworzeniu ciał ochronnych wogóle; o ileby chodziło o zakrzep żyły śledzionowej nie wywołany żadnem pierwotnem schorzeniem, a więc tak zwany idiopatyczny, to wspomnieć należy o przypadku R. Wagnera z Wiednia, gdzie u 7-mio letniego chłopca, cierpiącego od 2 roku życia na krwotoki z przewodu pokarmowego na tle splenomegalji, wywołanej przypuszczalnie zakrzepem żyły śledzionowej, wykonany zabieg operacyjny stwierdził zakrzep tejże żyły, a po usunięciu śledziony stan ogólny się poprawił. Wkońcu należy jeszcze

wyczekać na ukończenie badania histologicznego śledziony, oraz, jak się ukształtuje dalszy przebieg schorzenia u tego chorego. (autoreferat).

Następnie zabierali głos w dyskusji: Prof. Ciechanowski, kol. Sokołowski, Prof. Wachholz, kol. Szczeklik, kol. Ritter, Prof. Glatzel, Prof. Tempka i Prof. Latkowski.

W odpowiedzi Prof. Latkowskj dodaje, że wbrew świeżo podniesionemu zarzutowi, musi stwierdzić, ze właśnie Prof. T. nie uwzględnił tła patogenetycznego choroby t. j. kiły demonstrowanego pacjenta i nie wiedział o uogólnieniu kiły u tego chorego, które właśnie klinika Prof. L. wykazała, tudzież o fakcie, że zarówno skrzep w żyle wrotnej jak i zmiany kiłowe w wątrobie pod postacią cirrhosis hepatis wywołują te same skutki t. j. krwotoki i zastój w jamie brzusznej i bez wzmianki o lues oddał chorego na stół operacyjny (vide autoreferat Prof. Glatzla).

Prof. Tempka stanowczo za dużo ufa swojemu badaniu fizycznemu gdy na tej podstawie wyklucza wszelkie zmiany w wątrobie, ale niestety ani wypukiem ani obmacywaniem nie da się wybadać głębokich zmian w wątrobie a natomiast zapomniał widocznie o swem pierwotnem przyznaniu się na pos. 17 X. 1929 r., że znalazł pomniejszenie wątroby które tłumaczył dość oryginalnie nieznaną dotychczas jednostką chorobową atrophia hepatis ex inactivitate. (vide prot. 17 X. 1929).

Na podstawie laparotomji stwierdził Prof. T., że nie było zmian w wątrobie choć dotykiem niedużej powierzchni wątroby nie można zmian, szczególnie początkowych przy cirrhosis hepatis wykazać. Może je bowiem stwierdzić jedynie badanie sekcyjne. Twierdzenie Prof. T. że chory nie przedstawiał żadnych zmian w narządzie krążenia dowodzi jedynie niedokładności jego badania. Owszem zmiany takie stwierdzono ponad wszelką wątpliwość klinicznie i rentgenologicznie na klinice Prof. L., stwierdzając rozszerzenie serca, szmer nad tętnicą główną i wielką amplitudę ciśnienia krwi 115/40.

Wobec dalszego zarzutu Prof. Tempki, że na klinice lekarskiej nie rozpoznano zakrzepowego tła splenomegalji, stwierdza ponownie Prof. Latkowski, że Prof. Tempka myli sie bardzo, skoro uważa splenomegalję kiłową za postać zakrzepową i chyba nie uwzględnia, że skrzepy mogą się tworzyć następowo w żyle wrotnej czy śledzionowej i, że to nie należy do żadnych rzadkości. Co zaś do wskazania wycięcia śledziony przy kile, to Prof. Tempka nie tylko nie może mieć poprzedników lecz przeciwnie, wszyscy zajmujący się tą sprawą autorowie, uważają między innemi szczególniej kiłę za przeciwwskazanie do wycięcia śledziony, a kiła była tu przecież nad wyraz złośliwą (po 8 leczeniach dodatni Wassermann i nieżywy płód w 8 mies. ciąży, a w 9 lat po zakażeniu kiłą narządów wewnętrznych).

W końcu wyraża Prof. Latkowski zdziwienie w czem Prof. Tempka dopatruje się cofnięcia rozpoznania *cirrhosis hepatis* i różnicy pomiędzy *cirrhosis hepatis luetica* a *hepatitis diffusa luetica* lub wreszcie *lues hepatis diffusa*. Jest rzeczą naturalną, że po przestudjowaniu historji choroby pacjenta, której nie było pod ręką przy zabieraniu głosu w dyskusji w dniu 17 października 1929 r. można było dostarczyć nowych argumentów na uzasadnienie rozpoznania Kliniki Lekarskiej. To dziwne wymaganie pamiętania dokładnego szczegółów historji choroby pacjenta, który od wielu miesięcy nie był już w leczeniu kliniki lekarskiej uderza tembardziej, że Prof. Tempka był dla siebie o wiele pobłażliwszy, skoro na posiedzeniu 25 czerwca 1930 r. sam na wstępie oświadczył, że nie może na wszystkie zarzuty odpowiedzieć, gdyż nie miał czasu na dokładniejsze przygotowanie się do tej dyskusji (autoreferat).

Następują demonstracje przypadków z kliniki dermatologicznej.

Kol. Reiss przedstawia przypadek *melanosarcomatosis cutis*. *W dyskusji* Prof. Glatzel.

Prof. Walter przypadek M. Schomberg.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

XIX. Posiedzenie naukowe z dnia 12 czerwca 1930 w sali wykładowej Kliniki lekarskiej U. J. K.

Prof. O. Naegeli: *Zagadnienie konstytucji ze szczególnem uwzględnieniem chorób krwi.*

Znakomity autor, reprezentujący w słowie i w czynie ideę wzajemnego zbliżenia medycyny i nauk przyrodniczych, rozpoczął wykład wprowadzeniem w pojęcie gatunku, zmienności prawdziwej i pozornej i ich analizę przez badanie dziedziczności. Jedynym czynnikiem rzeczywiście twórczym jest, mutacja. Prelegent podał przykłady mutacji z botaniki i u człowieka: *brachydactylia, hyperdactylia, megalocornea, daltonismus, haemophilia, ict. haemolyticus constit., chlorosis, myotonia atrophica, alkaptonuria, cystinuria,* brak gruczołów potnych i t. d. Lineuszowy gatunek *homo sapiens* przedstawia w każdej jednostce w wysokim stopniu mieszańca. Rozmaite stany nieprawidłowe są wyrazem zmienności, a nie chorobą w zwykłem tego słowa znaczeniu lub degeneracją. Pojmowanie patogenezy uległo w ostatnich czasach daleko idącej zmianie: zamiast myślenia przyczynowego (kauzalnego) pojawia się myślenie warunkowe (kondycjonalne), a nauka o gruczołach wewnętrznego wydzielania przyczyniła się do odrodzenia pojęcia konstytucji. To pojęcie omówił prelegent obszerniej i zatrzymał się dłużej na chorobach krwi: *icterus haemolyt.* i *anaemia perniciosa,* opisując specjalnie mikrocyty i komórki sierpowe. Pokrótce dotknął zagadnienia zmienności w bakterjologji na przykładach grupy durowej i rzekomo durowej, ospy i *alastrim,* wreszcie gruźlicy i rzekomej gruźlicy. W związku z tem napomknął o prątkach BCG i ostatnich wydarzeniach w Lubece.

W wykładzie urządzonym staraniem wspólnym z Wydziałem lekarskim wzięło udział około 200 uczestników.

XX. Posiedzenie naukowe z dnia 13 czerwca 1930.
Przewodniczy: Kol. A. Kuhn.

1) Kol. H. Mierzecki przedstawia: przypadek późnego uszkodzenia skóry po naświetlaniu promieniami Roentgena.

W dyskusji zabierali głos: koll. St. Ostrowski, kol. Sołtysik, kol. Goldschlag i kol. Mierzecki.

2) Kol. Meisels wygłasza odczyt p. t. „Wpływ biologiczny promieni Roentgena i radu w zależności od długości fali i intensywności naświetlań" (przeznaczone do druku w P. G. L.).

3) *Dyskusja do cyklu wykładów o leczeniu energją promienną.*

a) Kol. Grabowski porusza kilka praktycznych zagadnień z dziedziny aktynoterapji. Naświetlania promieniami ultrafioletowemi, jak podnosili prelegenci, nie należą do środków obojętnych. W dobie obecnej ten środek leczniczy jest nadużywany. Stosuje się go bez kontroli lekarskiej, a często i bez jasnych wskazań. Dobry wygląd chorego, pigmentacja po naświetlaniu daje często złudny obraz poprawy. Wielu lekarzy stosuje naświetlania ultrafioletowemi promieniami bezkrytycznie, wyrządzając nieraz duże szkody. Sprawa ta dyskutowana była w prasie lekarskiej i T-wie aktynologów francuskich przed dwoma laty. Dziś posiadamy szereg własnych spostrzeżeń, które niezbicie dowodzą, jak stacjonarną postać gruźlicy można uczynnić przez bezkrytyczne i niekontrolowane naświetlania. Z grona lekarzy winna wyjść akcja przeciw nadużywaniu promieni ultrafioletowych i wogóle fizykalnych metod leczenia, gdyż stosowanie ich, dziś tak szeroko nadużywane, dyskredytuje te metody.

W poruszonej przez kol. Goldschlaga kwestji uszkodzeń, mowca wspomina o uszkodzeniach późnych, które są uszkodzeniami kombinowanemi. O możliwości tego rodzaju uszkodzeń winien wiedzieć lekarz praktyk, gdyż w jego leczeniu pozostaje chory stale. Omawia krótko szereg czynników, wywołujących te uszkodzenia w skórze naświetlonej, oraz środki uczulające.

Z wskazań z dziedziny medycyny wewnętrznej dyskutuje efekty naświetlania przy *ulcus ventriculi.* Wnosząc z doświadczeń kliniki lekarskiej naświetlanie wrzodu daje jedynie poprawę subjektywną, wrzód nie goi się, chemizm soku trawiennego żołądka nie zmienia się. Podobnie zresztą jak przy proteinoterapji wrzodu, jak to opisał z kliniki dr. Stefek.

Naświetlania *struma parenchymatosa* u osobników młodych nie uważa za celowe, nawet jeśli są lekkiego stopnia objawy nadczynności. Sprawy te cofają się tak często, że raczej należy odczekać.

Na materjale kliniki w około 30% naświetlanych przypadków dychawicy oskrzelowej uzyskano mniej lub więcej trwałą poprawę. To upoważnia nas do uważania promieni Roentgena za dzielny środek leczniczy, jakkolwiek mechanizm tego działania nie jest bliżej znany.

b) Kol. Pisek: od kilku lat stosujemy naświetlanie promieniami roentgenowskimi w leczeniu wrzodu żołądka i dwunastnicy. Stwierdzano często wyniki dobre — ogółem wszakże nie przyjęło się to leczenie. Być może że inne sposoby, również niechirurgiczne, dają wyniki wcale dobre, a ponadto wiemy, że wrzód żołądka zasadniczo okazuje dużą skłonność do samoistnego wyleczenia się. W najnowszych czasach dowiadujemy się o korzystnych wynikach naświetlania *odległych od żołądka* okolic np. po naświetlaniu uda — z przodu i z tyłu na polach 15×15 cm à $^3/_4$ HED przez filtr 3 mm aluminjowy (Klinika budapeszteńska), przyczem zupełnie unikano naświetlania sąsiedztwa żołądka. Wiemy, że wskutek naświetlania tkanki ustroju stają się alkalicznemi, równowaga kwaso-zasadowa przesunięta zostaje w kierunku zasadowego odczynu.

Gojenie się wrzodu stwierdza się ponad wszelką wątpliwość, tak dalece i tak szybko, że w jednym przypadku wrzodu przyodźwiernikowego wytworzyło się silne bliznowate zwężenie operacyjnie dopiero usunięte. Mówca zapytuje prelegenta, czy naświetlanie okolic odległych od żołądka daje jakieś wyniki i czy naświetlanie jąder z m. Basedowi działa na te schorzenia.

c) Kol. Franke omawia zachowanie się lipoidów i wapnia po naświetlaniu promieniami pozafiołkowemi.

d) Kol. Fell przyłącza się do przestróg koi. Grabowskiego przed bezkrytycznem stosowaniem naświetlań lampą kwarcowa w gruźlicy. W praktyce stosuje się naświetlania przeważnie w limfohematogennych postaciach, jak zołzy, *polyserositis, peritonitis tbc.*, gruźlica gruczołów wnękowych, gruźlica stawów (Poncet). Te postacie jednak należą według immunobiologicznego podziału Rankego i Barda do II stadjum, odznaczającego się wielką czułością na tuberkulinę. 1/10 ccm roztworu tuberkuliny 1 : 100.000 podskórnie podana, wywołuje w tych przypadkach wyraźny odczyn ogniskowy i ogólny.

Naświetlanie, które, jak to kol. Gröer przedstawił, pod względem działania na organizm ludzki, jest podobne do proteinoterapji, wywołuje w wielu przypadkach odczyn ogniskowy i zaostrzenie się procesu chorobowego. Na zeszłorocznym zjeździe anatomów patologicznych w Wiedniu przytoczył Rosenberg przypadki z kliniki monachijskiej, w których bezpośrednio po naświetlaniu lampą kwarcową lub światłem słonecznem przyszło do pogorszenia się sprawy a nawet do generalizacji procesu, do powstania gruźlicy prosówkowej. Mówca hospitując na oddziele dr. Neumanna w Wiedniu, widział dwa przypadki, w których po naświetlaniu przyszło do wytworzenia się epituberkulozy z zejściem w jednym z tych dwóch przypadków w *pneumonia caseosa*. Wspomina, że Seendertz w Deutsche Med. Wochenschrift cytuje przypadki z ogniskiem Assmanna, w których stosowano naświetlania lampą kwarcową(!). Te przypadki stanowią dziś bezwzględne wskazania do założenia odmy opłucnowej.

W związku z wykładem kol. Bocheńskiego zwraca mówca uwagę, że podział gruczołów dokrewnych Boraka wydaje się dzisiaj być niewystarczającym; według podziału tego trzustka nie stoi w związku czynnościowym z jajnikami. Na podstawie jednak wielkiej ilości prac eksperymentalnych (Vogta, Levaia, Riddla, Höglera, Watrina i Florentina) można przyjąć antagonistyczny związek trzustki z jajnikami.

Autorowie cytowani zdołali przez podawanie insuliny wywołać u gołębi, królików, myszy i szczurów czasową sterylizację i zaburzenia owulacji.

W kwestji terapji rentgenowskiej wrzodu trawiennego żołądka kol. Fell przytacza nieogłoszoną jeszcze pracę Taubenhausa i Wallera z kliniki Wenckebacha, korzystając z zezwolenia jednego z autorów. Autorzy badali sole żołądkowe chorych na stężenie jonów wodorowych metodą Michaelisa i na zawartość chlorków przed i po naświetlaniu Roentgenem przekonali się, że stężenie jonów wodorowych i zawartość chlorków wzrasta pod wpływem naświetlań we wszystkich badanych przypadkach Z tego wynikałoby raczej działanie ujemne, niż lecznicze.

e) Kol. Meisels omawia leczenie wrzodu żołądka promieniami Roentgena i wspomina o naświetlaniu wola.

f) Kol. Grabowski w odpowiedzi kol. Meiselsowi zauważa, że kryterjum roentgenologicznem gojenia się wrzodu żołądka jest znikanie względnie zmniejszanie się nyży, a także znikanie objawów klinicznych pośrednich i bezpośrednich. W przypadkach obserwowanych w klinice poprawy tej nie widziano, w jednym przypadku wystąpił krwotok wśród leczenia naświetlaniami. — Naświetlania wola u osobników młodych uważa jedynie za zbyteczne.

Ponadto w dyskusji przemawiali kol. St. Ostrowski, kol. Węgrzynowski i kol. J. Liebhart.

XXI. Posiedzenie naukowe z dnia 20 czerwca 1930.
Przewodniczy: Kol. J. Marischler.

1) Kol. Adam Sołtysik *przedstawia:*

a) *Trzy* przypadki *złamania trzonu kości ramieniowej*, z których dwa wywołane zostały gwałtownym skurczem mięśni, przy rzucie granatem. Z tych jeden przypadek leczony w ustalającym opatrunku gipsowym, założonym w wyciągu, sposobem własnym, demonstrowany na zdjęciach fotograficznych, dwa inne leczone operacyjnie. Złamanie poprzeczne zespolono klinem z żebra (bolcem), wbitym do kanału szpikowego; po 4 tygodniach silny zrost. Złamanie spiralne zespolono trzema okrężnemi szynami z drutu.

b) Przypadek *stawu rzekomego obu kości przedramienia prawego*, leczony operacyjnie. Prócz szwów z drutu wklinowany został do kanału szpikowego odświeżonych odcinków kości promieniowej bolec wycięty z żebra. Na demonstrowanych zdjęciach, w 7 tygodni po operacji, wyraźna kostnina.

c) Cztery przypadki *złamania obojczyka*, wszystkie leczone operacyjnie. Dwa sposobem własnym, polegającym na złączeniu odłamków pasmem wziętem z powięzi szerokiej uda. Do trzech tygodni prawidłowy zrost. Dwa pozostałe szyte cienkim drutem, w porównaniu z pierwszemi, wykazują późniejsze tworzenie się kostniny.

d) Przypadek *poprzecznego złamania trzonu kości udowej*, leczony operacyjnie, przy pomocy zmodyfikowanej blaszki Lambotta. Zamiast śrub okrężne szwy z drutu, które przechodzą przez umocowane w blaszce uszka.

e) Przypadek *odłamania kostki wewnętrznej* leczony operacyjnie. Po repozycji kostka przybita przez skórę dwoma cienkiemi stalowemi gwoździkami. Usunięcie gwoździ po trzech tygodniach.

i) Przypadek *plastyki prawego stawu łokciowego*. Operowany dwukrotnie. Przy pierwszej operacji pokrycie nowowytworzonych powierzchni stawowych płatem z powięzi szerokiej uda i tłuszczem. W 8 tygodni po operacji ponowne zesztywnienie. Operację powtórną wykonano w 12 tygodni po pierwszej. Ponowna plastyka, resekcja główki kości promieniowej, pokrycie powierzchni samym tłuszczem. W 8 miesięcy po operacji zupełna swoboda ruchów. Fleksja do kąta 45°, ekstenzja do 150°, pronacja i supinacja w zakresie prawie prawidłowym.

g) *Pokaz własnego sposobu repozycji złamań (zupełnych) trzonów obu kości przedramienia.* Sposób ten umożliwia silny i jednolity wyciąg oraz pozwala na swobodne i dokładne założenie ustalającego opatrunku gipsowego w czasie trwania wyciągu.

W dyskusji:

Kol. Schramm stwierdza, że repozycja złamań obu kości przedramienia sprawia duże trudności i że podany sposób sprawę znacznie upraszcza i ułatwia. Nadto zwraca uwagę, że szwy kostne należą do operacyj technicznie trudnych i wymagających wielkiej aseptyki, tak że zawsze, o ile przypadek do tego się nadaje, należy wybrać leczenie konserwatywne.

Kol. Ostrowski Tadeusz zaznacza wartość materjału własnego użytego do szwów (autoplastyka), w porównaniu z powszechnie używanemi ciałami obcemi, jak druty tkanki i t. p.

2) Inż. W. Więckowski (z Warszawy) wygłasza odczyt p. t. *„Rozwój przemysłu chemiczno-farmaceutycznego w Polsce"*.

3) Kol. Fr. Gröer wygłasza wykład: *„O szczepieniu ochronnem przeciwgruźliczem"*.

W dyskusji zabierali głos koledzy: Węgrzynowski, Gąsiorowski i Pisek.

XXII. Posiedzenie naukowe z dnia 27 czerwca 1930.
Przewodniczy: Kol. J. Marischler.

Przewodniczący wygłasza wspomnienie o ś. p. kol. Dębickim. — Pamięć zmarłego uczczono przez powstanie.

1) Kol. Musiał Albin przedstawia chłopca 5 letniego G. K. z *obustronnem wodooczem*. Mówca omawia podobieństwo i różnice, zachodzące między wodooczem a rogówkami olbrzymiemi. Podczas gdy rogówki olbrzymie są wrodzone, zawsze na obu oczach nadto dziedziczą się wedle znanego w medycynie typu Hovnera-Bollingera, to wodoocze może występować tylko na jednem oku, nie zawsze jest wrodzone, a dziedziczność trudno tutaj wykazać, gdyż osobnicy z wodooczem, najczęściej kończąc jako ślepcy, nie wchodzą w związki małżeńskie.

Następnie kol. M. omawia przyczyny powstawania wodoocza. Głównie ścierają się między sobą dwa zapatrywania na sposób powstawania wodoocza. Jedni uważają je za sprawę zapalną jagodówki (teorja sekrecyjna Spielberga), drudzy za sprawę retencyjną (Seefelder). Zdaje się, że raczej mamy tu do czynienia ze sprawą zapalną, a nie z utrudnionym odpływem. Gdyby bowiem zachodziła retencja, dzieci musiałyby się już rodzić z wodooczem, a nadto przy braku odpływu z oka (brak kanału Szlemma) trudnoby wytłumaczyć samoistne wyleczenie wodoocza, a i takie przypadki znamy.

Co do częstości występywania wodoocza, to na oddziele ocznym szpitalika św. Zofji od roku 1904 na 20 tysięcy chorych dzieci spostrzeżono 20 przypadków wodoocza, z tych 5 u dziewcząt, reszta u chłopców. W 12 przypadkach na obu oczach. Co do leczenia, to w początkach staramy się obniżyć ciśnienie śródoczne środkami zwężającemi źrenice, a jeśli się to nie udaje, leczymy operacyjnie. Z zabiegów operacyjnych najlepsze wyniki otrzymujemy przez nakłucie okołorogówkowe kilkakrotne na jednem posiedzeniu; jeśli zachodzi potrzeba, możemy zabieg wykonać kilkakrotnie w pewnych odstępach czasu.

2) Kol. Gruca *przedstawia:*

a) *Trzy przypadki złamań w łokciu*, a to: jeden u dziecka 8-letniego zastarzały, leczony operacyjnie z doskonałym wynikiem czynnościowym i anatomicznym, oraz dwa przypadki złamań świeżych, nastawianych bezkrwawo. Nastawienie bezkrwawe udać się może tylko w uśpieniu względnie w znieczuleniu i wymaga kontroli roentgenowskiej. Nawet przypadki bardzo ciężkie można doskonale nastawić.

b) *Trzy przypadki gruźlicy łokcia.*

W jednym przypadku fungus łokcia u mężczyzny 30-letniego wykonano resekcję i bezpośrednio plastykę łokcia. Po czterech tygodniach chory pracował w polu i dźwigał w tej ręce ciężary. Ruchomość wynosi około 100%.

W dwu dalszych przypadkach gruźlicy z przetokami i zakażeniem wtórnem wykonano resekcję i po podgojeniu się rozpoczęto ruchy. Obecnie ruchomość u jednej chorej wynosi 95% prawidłowej, u drugiej około 45% prawidłowej, stale jednak poprawia się.

Ten sposób leczenia gruźlicy łokcia nie był jeszcze nigdzie praktykowany, a ma tę wyższość nad ogólnie przyjętą tendencją do gojenia ze złożeniem, że w krótkim czasie usuwa cierpienie i przywraca zdolność do pracy z zachowaniem czynności kończyny prawidłowej, lub zbliżonej do prawidłowej.

c) *Trzy przypadki nowotworów miednicy:*

W jednym przypadku usunięto cały talerz biodrowy z powodu mięsaka, w drugim spojenie łonowe z powodu chrzęstniaka, w trzecim tylną część talerza biodrowego oraz staw krzyżowo-biodrowy z powodu chrzęstniaka. Wszyscy chorzy znieśli zabieg operacyjny dobrze i wyniki późniejsze są czynnościowo dobre dzięki częściowej regeneracji kości z pozostawionej okostnej.

Zabiegi na miednicy należą do zabiegów rzadkich i według ogłoszonych statystyk wykazują bardzo wysoką śmiertelność proporcyjną. W przypadkach przedstawionych objawy wstrząsu pooperacyjnego wystąpiły w przypadku pierwszym, zostały jednak usunięte przetoczeniem krwi. Poza tem w żadnym przypadku nie było poważniejszych powikłań ani podczas ani po zabiegu.

Dyskusja:

W sprawie arthroplastyki, którą wykonał kol. Gruca w trzech przypadkach gruźlicy stawu łokciowego, sądzi kol. Barącz, że tylko wygojone albo podgojone przypadki gruźlicy stawu łokciowego nadają się do tego zabiegu. W przypadkach wybitnych zmian gruźliczych należy ograniczać się tylko do zwykłej resekcji stawu łokciowego z usztywnieniem pod kątem prostym. Arthroplastykę można wykonywać tylko w przypadkach wybranych.

3) Kol. Hilarowicz przedstawia:

a) chorą leczoną operacyjnie z powodu *nawrotu dolegliwości* po dokonanej poza kliniką przed pół rokiem operacji *wycięcia woreczka żółciowego z powodu kamicy.* U chorej wystąpiła ponownie żółtaczka i okresy gorączkowe. Przy operacji stwierdzono wielki kamień tkwiący w przewodzie żółciowym wspólnym tuż nad brodawką Vatera, silnie zaklinowany; kamień wydobyto drogą przez-dwunastniczą, otwierając tę ostatnią po zmobilizowaniu części zstępującej i przecinając przewód przez tylną ścianę dwunastnicy tuż nad brodawką Vatera (*choledochoduodenotomia transduodenalis);* po wydobyciu kamienia zeszyto ściany przewodu ze ścianą dwunastnicy, stwarzając szeroką komunikację, poczem otwór w dwunastnicy zamknięto. Wygojenie zupełne po kilkunastu dniach bez drenażu. Mówca omawia wskazania do relaparotomji po operacjach na drogach żółciowych, oraz technikę, odmiany i zalety użytego sposobu, który bardzo gorąco poleca w podobnych jak przedstawiony, przypadkach.

b) chorego operowanego z powodu *przebicia wrzodu krzywizny małej żołądka;* wrzód zaszyto i pokryto siecią, chory przyszedł całkowicie do siebie, lecz po 10 dniach dostał gwałtownego krwotoku z wrzodu. Wykonana transfuzja krwi powstrzymała krwotok, z powodu jednak znacznego ropienia w powłokach nie można było przystąpić do radykalnego zabiegu, mimo to krwotok ustał definitywnie i chory przedstawiony ma się po 4 tygodniach dobrze. Przypadek ten jest dowodem, że sama transfuzja może nawet znaczny krwotok definitywnie powstrzymać.

c) preparat, uzyskany operacyjnie *olbrzymiego miękkiego włókniaka zaotrzewnowego miednicy małej*, który zesuwając się częściowo poniżej więzadła guzowo-krzyżowego na międzykrocze imitował w zupełności przepuklinę międzykroczną tylną; rozpoznany został jedynie na podstawie zupełnie analogicznego przypadku operowanego niedawno na klinice, a przedstawionego w Tow. Lek. (przypadki zostaną dokładnie opisane drukiem).

W *dyskusji* zabierali głos koledzy: T. Ostrowski i Czyżewski.

Sekretarz: *K. Budzanowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Program Kursu Ogólnokształcącego dla lekarzy-praktyków przy Wydziale Lekarskim U. W. — Kurs odbędzie się od dnia 15 do 28 marca 1931. Na kurs złożą się wykłady i zajęcia praktyczne, żywo interesujące lekarzy pod względem rozpoznawczym i leczniczym. Szczegółowy program będzie doręczony uczestnikom kursu, jak również zainteresowanym pocztą lub osobiście. Posiadający karty uczestnictwa, otrzymane po uregulowaniu należności, mają prawo odbyć internat w Klinice Położniczo-ginekologicznej U. W. Uczestnicy kursu korzystają ze zniżek kolejowych w drodze powrotnej, będą mieli zapewnione mieszkanie w Warszawie po cenach umiarkowanych oraz otrzymają zaświadczenia z odbycia kursu. Informacji udziela Dr. R. Peret, Warszawa, Nowogrodzka 59.

Wykaz ważniejszych wykładów: Medycyna wewnętrzna: Doc. dr. W. Filiński: Leczenie klimatyczne w chorobach płuc, 2 godz.; Dr. J. Grott: Rozpoznanie i leczenie cukrzycy w praktyce, 3 godz.; Dr. J. Misiewicz: Znaczenie odmy w leczeniu gruźlicy płuc, 3 godz.; Prof. Dr. J. Modrakowski: Wskazania i sposoby stosowania środków sercowych, 2 godz.; Prof. Dr. W. Orłowski: Leczenie ostrego zakażenia gośćcowego, 2 godz.; Dr. E. Reicher: O cierpieniach powstałych na tle zaburzeń układu wegetatywnego z punktu widzenia medycyny wewnętrznej, 1 godz.; Prof. Dr. M. Semerau-Siemianowski: O zawale wsierdzia, 1 godz.; oraz o hipotonji konstytucjonalnej, 2 godz.

Choroby dziecięce: Dr. H. Brokman: Z diagnostyki gruźlicy płuc u dzieci, 2 godz.; Doc. Dr. M. Erlichówna: Brak łaknienia u dzieci: przyczyny i leczenie, 2 godz.; oraz ważniejsze rozdziały z patologji i leczenia noworodków, 2 godz.; Prof. Dr. M. Michałowicz: Zasady odżywiania niemowląt, 4 godz.; Dr. R. Stankiewicz: Umiejscowione zapalenie płuc u dzieci, 2 godz.; oraz leczenie zapalenia płuc u dzieci, 2 godz.; Prof. Dr. W. Szenajch: Leczenie surowicą błonicy i płonicy, 2 godz.

Położnictwo i Ginekologja: Doc. Dr. H. Beck: Leczenie poronienia, 2 godz.; oraz: Zapalenie miedniczek nerkowych w ciąży, 1 godz.; Prof. Dr. A. Czyżewicz: Wskazania i technika cięcia cesarskiego, 2 godz.; Doc. Dr. H. Gromański: Ciąża pozamaciczna, jej istota, rozpoznanie i leczenie, 2 godz.; Doc. Dr. L. Lorentowicz: Leczenie zachowawcze schorzeń narządów rodnych kobiety, 1 godz.; oraz: Istota i leczenie upławów, 1 godz.; Doc. Dr. Z. Monsiorski: Postępowanie lecznicze w przypadkach krwawień macicznych poza ciążą, porodem i połogiem, 2 godz.; oraz: Rzeżączką u kobiet, jej leczenie i przebieg, 2 godz.

Chirurgja: Prof. Dr. A. Leśniowski: Leczenie zewnętrznych przetok kałowych, 1 godz.; Doc. dr. K. Kaczyński: Chirurgja jamy brzusznej w przypadkach nagłych, 1 godz.; Doc. Dr. J. Mossakowski: Leczenie ropnych nieswoistych zapaleń opłucnej, 1 godz.; Dr. J. Perzyński: Leczenie przetok odbytu, 1 godz.; Prof. Dr. Z. Radliński: Osteomyelitis, 1 godz.; Doc. Dr. Rutkowski J.: Wskazania do zabiegów chirurgicznych na drogach żółciowych, 1 godz.; Doc. Dr. B. Szerszyński: Rozpoznawanie i leczenie kamicy nerkowej, 2 godz.; Doc. Dr. A. Wojciechowski: Nowsze poglądy na leczenie złamań, 1 godz.

Neurologja: Dr. S. Leśniowski: Zapalenie mózgu i jego postacie u dorosłego i u dziecka, 1 godz.; Prof. Dr. K. Orzechowski: Neurologja ze stanowiska potrzeb lekarza-praktyka, 1 godz.

Roentgenologja: Doc. Dr. A. Elektorowicz: Diagnostyka radjologiczna schorzeń narządu moczowego, 2 godz.; oraz: Znaczenie diagnostyki radjologicznej w chorobach przewodu pokarmowego, 2 godz. — Okulistyka: Doc. Dr. W. Melanowski: Objawy oczne w chorobach wewnętrznych i nerwowych, 2 godz. — Prof. Dr. L. Hirszfeld: Współczesny stan wiedzy o grupach krwi, 1 godz. Dr. C. Wroczyński: Medycyna a praktyka lekarska, 1 godz.

Dr. Stanisław Wąsowicz, st. asystent szpitala Wolskiego, otrzymał z konkursu naukowego na ordynatora w szpitalu św. Ducha pierwsze miejsce i wskutek tego został przedstawiony do zamianowania.

Nagrodę Nobla z zakresu medycyny przyznano w roku ubiegłym prof. dr. Karolowi Landsteinerowi za prace nad grupami krwi. Prof. Landsteiner od lat 10 pracuje w instytucie Rockefellera w New Yorku.

Stała samorządowa Komisja Zdrowia publicznego. Związek miast polskich, Związek powiatów i Komitet wykonawczy zjazdów lekarzy samorządowych powołały do życia wspólną stałą samorządową Komisję Zdrowia Publicznego, której jednym z zadań jest udzielanie samorządom miejskim po-

mocy fachowej w sprawie zakładania i prowadzenia urządzeń zdrowotnych, oraz oddziaływania na bieg naszego ustawodawstwa sanitarnego. Związek miast i Związek powiatów zdecydował się również na utrzymanie wspólnego referatu Zdrowia Publicznego, który będzie pełnił funkcje sekretarjatu Komisji, wchodząc formalnie w skład biura Związku miast polskich. Dnia 11 b. m. odbyło się w lokalu Polskiego Banku Komunalnego w Warszawie organizacyjne posiedzenie tej Komisji, na którem wybrano prezydjum złożone z pp.: dr. Zawadzkiego, dr. Wroczyńskiego, dr. Jaroszyńskiego i dr. Le Bruna. W związku ze zjazdem miast dnia 22 lutego, Komisja powierzyła dr. Wroczyńskiemu przygotowanie referatu o ośrodkach zdrowia w miastach.

Ś. p. Bronisław Sawicki. W Warszawie zmarł onegdaj prof. Bronisław Sawicki, popularny chirurg, prof. honorowy uniw. warszawskiego, członek Polskiej Akademji Umiejętności i b. prezes warszawskiego Tow. Lekarskiego. — Medycyna i nauka polska traci w Zmarłym jednego z najznakomitszych lekarzy i uczonych.

Z powodu śmierci ś. p. Dr. Bronisława Sawickiego powiewała na gmachu Akademji Umiejętności żałobna chorągiew.

Kraków.

Z Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego. We środę dnia 14 stycznia 1931 r. odbyło się o godzinie 7-mej wieczorem w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego przy ul. Radziwiłłowskiej 4 zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: Posiedzenie sprawozdawcze Zarządu Towarzystwa za rok 1930. — II. Odczyt dr. S. Starkiewicza z Buska p. t. „O leczeniu przewlekłe chorych dzieci, kolonji leczniczej dziecięcej im. Rektora J. Brudzińskiego przy Zdroju w Busku na Górce".

Poznań.

Miejskie Laboratorjum Psychologiczne, które powstało w Poznaniu za poparciem władz samorządowych i szkolnych w marcu 1930 r., wzięło sobie za pierwsze zadanie przeprowadzić selekcję dzieci w szkołach powszechnych, o ile są podejrzane o niedorozwoj umysłowy. Dzieci takie należy bowiem wydzielić do szkół specjalnych. Testami Binet-Simona w przeróbce Termana zbadano 300 dzieci, co do których wychowawcy zwrócili przesłane im do wypełnienia stosowne kwestjonarjusze Pracowni Psychologicznej. Laboratorjum zamierza dalej badać dzieci moralnie zaniedbane, zorganizować poradnię psychopedagogiczną, oraz przeprowadzić próby nad selekcją dzieci w pierwszych klasach szkół powszechnych. Mieści się ono przy ul. Różanej 1. 1—3. Badania psychologiczne mają w szkolnictwie dzisiejszem nader ważną rolę, to też Laboratorjum poznańskie winno spotkać się z dalszem intensywnem poparciem odpowiednich czynników.

Postępy w dziedzinie medycyny w roku 1930. Przedewszystkiem stwierdzić należy, że w walce z chorobami zajęła Polska w roku ubiegłym naprawdę zaszczytne miejsce. Prof. uniw. lwowskiego dr. R. Weigl przedstawił Akademji Umiejętności w Krakowie wyniki swych niemal 20-letnich badań nad zarazkiem tyfusu plamistego. Prof. Weigl wykrył zarazek tyfusu plamistego i zdołał sporządzić szczepionkę zabezpieczającą przeciw tyfusowi. Praca to była bardzo ciężka i niebezpieczna i dopiero teraz została oficjalnie opublikowana. — Prof. Hirszfeld z Warszawy, ogłosił znowu, że opracował specjalną metodę serologiczną — służącą do wczesnego wykrywania raka w organiźmie ludzkim. Narazie metoda ta jest w próbach kontrolnych. Jeżeli rezultaty potwierdzą zapowiedzi, oznaczać to będzie, że nauka i wiedza lekarska zdobyła znowu bardzo poważną broń w walce z rakiem. Wczesne bowiem rozpoznawanie choroby tej może być niesłychanie pożyteczne w dalszej walce z nią. Zarówno wyniki prac prof. Weigla jak i prof. Hirszfelda stały się zagranicą tematem wielkiego zainteresowania.

Pozatem Polska przeprowadziła w roku ubiegłym masowe szczepienia młodzieży szkolnej tak zwaną anatoksyną, w myśl zleceń Sekcji Higjeny przy Lidze Narodów, w zakresie zwalczania dyfterji. W ten zaś sposób nietylko poszliśmy z postępem ale jako jedni z pierwszych gorąco poparliśmy odpowiednią akcję Ligi Narodów.

W instytucie Kocha w Berlinie wykrył dr. Lewinthal zarazek przesączalny choroby papuziej, która grasowała z końcem roku 1929 w formie epidemicznej w kilku większych miastach Niemiec. Prof. uniw. Jellinek w Wiedniu skonstruował przyrząd umożliwiający słyszenie głosów, szmerów i dźwięków przy pomocy przyłożenia drutów do ucha względnie pobudzenia nerwu słuchowego z pominięciem ucha środkowego i wewnętrznego. Niedaleki jest już więc czas, gdy można będzie usuwać częściowo głuchotę. Prof. dr. Heine ogłasza, że stosuje zamiast dotychczasowych okularów specjalne szkła, wkładając je na gałkę oczną, pod powiekę. Podobno szkła takie są znacznie lepsze aniżeli okulary i... dla otoczenia niewidoczne. Dr. Nicolle wykrył szczepionkę przeciw strasznej dżumie. Jest to owoc wieloletniej pracy autora w Instytucie Pasteura w Tunisie.

Szczególnie dużo było odkryć i pomysłów w dziedzinie medycyny seksualnej. Ile z nich wytrzyma kontrolne próby, okaże przyszłość. Narazie notujemy najważniejsze: Prof. Unterberger twierdzi, że udało mu się wykryć zasady dowolnego wyboru płci. Znakomity uczony, Polak, Kazimierz Funk, (odkrywca witaminów) zdołał wyodrębnić z moczu męski hormon seksualny. — Prof. Haberlandt miał wyodrębnić specjalną jakąś substancję wywołującą bezpłodność u zwierząt. Substancja ta (nazywa się infecundina) będzie stosowana na ludziach. Według czasopisma „Wychowania fizycznego".

Z kraju.

Kredyt dla lekarzy. Od Spółdzielczego Banku Lekarzy otrzymujemy z prośbą o wydrukowanie następujące pismo okólne: Do Okręgów i Obwodów Związku Lekarzy Państwa Polskiego. Spółdzielczy Bank Lekarzy, Spółka z ogr. odp., powołany do życia uchwałą Ogólnego Zebrania Związku w roku 1929, ma na celu kredytowanie lekarzy i instytucyj lekarskich przedewszystkiem w zakresie inwestycyjnym, a więc pomoc kredytową przy urządzaniu gabinetów lekarskich, pracowni analitycznych, zakładów fizjoterapeutycznych i t. p. Kredyty na ten cel są udzielane na przeciąg roku i oprocentowane według stopy Banku Polskiego (wynoszącej obecnie $7^1/_2\%$ rocznie). Poza tem „S. B. L." udziela zwykłych pożyczek swym członkom w postaci dyskonta weksli lub na rachunek otwarty, zabezpieczony papierami wartościowemi lub odpowiednim wekslem gwarancyjnym. Kredyt udzielany przez „S. B. L." lekarzom i instytucjom musi być, z kolei rzeczy, zdobyty przez „S. B. L." od lekarzy i instytucji lekarskich albo w postaci zakupu przez nie udziałów Banku (zł. 100 plus zł. 10 wpisowe), albo też składania wkładów; w ten sposób kapitały lekarskie będą mogły być użyte na zaspokojenie potrzeb kredytowych lekarskich zamiast zasilać obce systemy finansowe, lub też leżeć bezużytecznie w kasach przeróżnych instytucji lekarskich. Wkłady te zabezpieczone kapitałem udziałowym i odpowiedzialnością członków już napływają od poszczególnych lekarzy i Obwodów Związku Lekarzy. Jednak aby „S. B. L." mógł szerzej rozwinąć swą działalność konieczny jest udział wszystkich Obwodów i Okręgów Związku L. P. P. w postaci: 1) zakupienia przynajmniej 1 udziału, 2) zdeponowania choćby niewielkiej ilości kapitałów w „S. B. L", albo na rachunek czekowy, oprocentowany w stosunku $4^1/_2\%$ rocznie, albo też jako wkład oszczędnościowy (za wymówieniem 1-miesięcznem — 7%, za wymówieniem 3-miesięcznem — 8%, za wymówieniem 6-miesięcznem — 9%). Prosimy przeto Szanowne Zarządy Obwodów i Okręgów o wzięcie pod obrady powyższej sprawy przy okazji dorocznych zebrań ogólnych Związku, oraz o poparcie naszych wysiłków wśród zaprzyjaźnionych instytucji lekarskich. Prezes Rady Nadzorczej: (—) Dr. W. Biernacki. Zarząd: (—) Dr. Le Brun, (—) L. Dzierżanowski, (—) Dr. J. Załuska.

Ze świata.

W nowym rządzie francuskim Steega bierze udział dwóch lekarzy, mianowicie dr. Quenille, minister zdrowia publicznego i dr. Grinda, minister pracy.

Sprostowanie omyłek druku.

W uwagach dyskusyjnych dr. J. Rittera nad odczytem dr. Eisenberga „O zwalczaniu błonicy", zamieszczonych w nr. 34 i 35 Polskiej Gazety Lekarskiej z r. 1930 na stronie 666, szpalta II, wiersz 3-ci od dołu opuszczono kilka słów, przez co sens tych uwag został całkowicie wypaczony.

Mianowicie wydrukowano mylnie: „nie są więc skierowane przeciw jadom przez bakterje te wytwarzanym" — zamiast: „nie są więc skierowane przeciw bakterjom samym, tylko przeciw jadom przez bakterje te wytwarzanym".

W ogłoszonym na pierwszej stronie okładkowej numeru 52-go Polskiej Gazety Lekarskiej z r. 1930 inseracie reklamowym przetworu „Vitavit" wyrobu firmy Ludwik Spiess i Syn Sp. Akc. w Warszawie wydrukowano w wierszu 3-cim od góry mylnie: „przygotowuje się wyłacznie jako preparat standaryzowany" — zamiast: „przygotowujemy wyłącznie jako preparąt standaryzowany" — co niniejszem prostujemy.